

la presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

<b>ISTITUTO SCOLASTICO</b>		N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited	
Tel:	Fax:	<b>Data effetto:</b>	<b>Data scadenza:</b>
Cod.Min:	Cod.Fisc:	<b>Periodo di assicurazione</b>	
Email:			

**Data Sinistro**  **ora**  **luogo**

**Il sottoscritto**  (Nome)  **Data di nascita**   
(Cognome)

**Al momento del fatto in servizio presso la scuola**  
(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

**Cognome**  **Nome**

**Nato a**  **il**  **Residente in Via**

**CAP**  **Città**  **Prov.**  **Frequentante la classe/sezione**

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

**In data**  **Alle ore**

**AL RIGUARDO DICHIARA**

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome**  **Nome**

**Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)**  **Recapito telefonico:**

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome**  **Nome**

**Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)**  **Recapito telefonico:**

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

**Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.**  
**In fede**



(luogo)

(data)

(Firma dell'Insegnante)