

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		ISTITUTO COMPRENSIVO SETTIMO VITONE			
Indirizzo:		STRADA PROVINCIALE, 14 10010 SETTIMO VITONE			
Telefono:	0125 658438	Fax:	0125 659314		
Cod. Ministeriale:	TOIC849008	Cod. Fiscale:	84004630012		
E-mail:	toic849008@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:					27239
Data effetto:	01/10/2017	Data scadenza:	01/10/2019	Periodo di assicurazione:	01/10/2017 - 01/10/2018
Data Sinistro:		Ora:	Luogo:		
Il sottoscritto Cognome:		Nome:		Data di nascita:	
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: <small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>					

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:		Nome:			
Nato a:		il:	Residente in Via:		
CAP:	Città:	Prov:	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 (Via/Città/Cap/Pr):				Recapito Tel:	

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:		Nome:			
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):				Recapito Tel:	

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

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Via/Recapito Tel/Qualifica professionale)

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

In fede

**LUOGO
E DATA**

**FIRMARE
QUI**

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)