

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Tel: Cod.Min: Email:	Fax: Cod.Fisc:	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria AIG Europe Limited	
		Data effetto:	Data scadenza:
		Periodo di assicurazione	

Data Sinistro  ora  luogo

Il sottoscritto  (Cognome)  (Nome)  Data di nascita

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)