DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

|  |
| --- |
| *ISTITUTO SCOLASTICO* |
| Intestazione: | **ISTITUTO COMPRENSIVO ROMBIOLO** |
| Indirizzo: | **VIA I MAGGIO , 151** |
| Telefono: | **O963- 367184** | Fax: |  |
| Cod. Ministeriale: | **VVIC81300P** | Cod. Fiscale: | **96012580799** |
| E-mail: |  |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited: | **18714** |
| Data effetto: | **14/01/2023** | Data scadenza: | **14/01/2024** | Periodo di assicurazione: | **14/01/2023 -14/01/2024** |
| **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:** | **Classe/sezione:** |

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

**Alle ore:**

**In data:**

# 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) (Firma dell'Insegnante)**