

	<p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Istituto Comprensivo Statale Matilde di Canossa "Terre matildiche mantovane" Via E.Dugoni, 26 - 46027 San Benedetto Po (MN) Tel: 0376 615146 Fax: 0376 615280 email: mnlic834003@istruzione.it email: direzionesanbpo@libero.it email certificata: mnlic834003@pec.istruzione.it sito istituzionale: http://www.icsanbenedettopo.gov.it</p>	
---	--	---

**> A tutto il personale
in servizio nell'Istituto Comprensivo**

LORO SEDI

Oggetto: Polizza assicurativa contro rischi da infortunio e Resp. Civile a favore degli alunni e del personale dell'Istituto Comprensivo a.s. 2018/2019 n° 30024.

La polizza stipulata per il corrente anno scolastico prevede che le denunce vengano effettuate in **via telematica**. Essendo cambiata la Compagnia Assicuratrice (**BENACQUISTA ASSICURAZIONI snc di Latina**), si richiede ai docenti che in caso di incidente occorso ad alunni o personale della scuola assicurato venga compilato, in tutte le sue parti, il modello denominato

"Dichiarazione di infortunio da parte del docente"
da consegnare in segreteria entro due giorni dall'evento al fine di effettuare denuncia online pubblicato sul sito istituzionale.

NB: in caso di infortunio con denuncia INAIL la comunicazione deve essere tempestiva (entro 48 ore), poiché per denuncia tardiva, o mancata, o inesatta è prevista una sanzione come da l.gs 81/2008 e successive modificazioni.

Inoltre i genitori potranno scaricare **sul sito istituzionale** la modulistica informativa: guida per l'assicurato e tabella riepilogativa massimali.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Donatella Gozzi

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MATILDE DI CANOSSA		
Indirizzo:	VIA E. DUGONI, 26 46027 SAN BENEDETTO PO		
Telefono:	0376 615146	Fax:	0376 615280
Cod. Ministeriale:	MNIC834003	Cod. Fiscale:	91011520201
E-mail:	mnic834003@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			30024
Data effetto:	29/10/2018	Data scadenza:	29/10/2021
Periodo di assicurazione:	29/10/2018 - 29/10/2019		
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:	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)