

	<p><b>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca</b> 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: <a href="mailto:mnlic834003@istruzione.it">mnlic834003@istruzione.it</a> email: <a href="mailto:direzionesanbpo@libero.it">direzionesanbpo@libero.it</a> email certificata: <a href="mailto:mnlic834003@pec.istruzione.it">mnlic834003@pec.istruzione.it</a> sito istituzionale: <a href="http://www.icsanbenedettopo.gov.it">http://www.icsanbenedettopo.gov.it</a></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 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

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)