

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 S.A.:			30024		
Data effetto:	29/10/2018	Data scadenza:	29/10/2021	Periodo di assicurazione:	29/10/2019 - 29/10/2020
Data Sinistro:		Ora:		Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:		Data di nascita:	
Cognome:					
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)