

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO A. AVOGADRO - L. DA VINCI		
Indirizzo:	VIA CASE NUOVE, 27 53021 ABBADIA SAN SALVATORE		
Telefono:	0577778252	Fax:	0577778890
Cod. Ministeriale:	SIIC81500V	Cod. Fiscale:	90013540522
E-mail:	siic81500v@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	25504		
Data effetto:	01/10/2016	Data scadenza:	01/10/2020
Periodo di assicurazione:	01/10/2019 - 01/10/2020		
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:
CAP:	Prov:
Città:	Residente in Via:
	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)