

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO CURTATONE				
Indirizzo:	VIA MAGGIOLINI 6 46010 CURTATONE				
Telefono:	0376 48097	Fax:	0376 411154		
Cod. Ministeriale:	MNIC812006	Cod. Fiscale:	93034760202		
E-mail:	mnic812006@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:					33407
Data effetto:	11/09/2020	Data scadenza:	11/09/2023	Periodo di assicurazione:	11/09/2020 - 11/09/2021
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)