

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

ISTITUTO SCOLASTICO

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| Intestazione: | | ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE M. MONTESSORI - L. DA VINCI | | | |
| Indirizzo: | | VIA DELLA REPUBBLICA, 3 40046 ALTO RENO TERME | | | |
| Telefono: | 0534 521211 | Fax: | 0534 23098 | | |
| Cod. Ministeriale: | BOIS00100P | Cod. Fiscale: | 80071330379 | | |
| E-mail: | bois00100p@istruzione.it | | | | |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.: | | | 30811 | | |
| Data effetto: | 15/11/2018 | Data scadenza: | 15/11/2021 | Periodo di assicurazione: | 15/11/2019 - 15/11/2020 |
| 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)