

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MARIA PIAZZOLI		
Indirizzo:	VIA SIMONE ELIA, 6 24020 RANICA		
Telefono:	035 512102	Fax:	035 512540
Cod. Ministeriale:	BGIC867007	Cod. Fiscale:	95118610161
E-mail:	bgic867007@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			30115
Data effetto:	14/09/2018	Data scadenza:	14/09/2021
Periodo di assicurazione:	14/09/2019 - 14/09/2020		
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)