

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE			
Indirizzo:		VIA ANACREONTE 60 75012 BERNALDA			
Telefono:	0835 54 32 61	Fax:	00000000		
Cod. Ministeriale:	MTIC835009	Cod. Fiscale:	90024320773		
E-mail:	mtic835009@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE:			ITBSTQ67120		
Data effetto:	01/02/2021	Data scadenza:	01/02/2023	Periodo di assicurazione:	01/02/2021 - 01/02/2022
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)