

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

ISTITUTO SCOLASTICO

SCUOLA MEDIA G. BIASI N. 5 + BRIGATA SASSARI N. 12 VIA MASTINO, 6 07100 SASSARI (SS) Tel: 079/271298 Fax: 079/271426 Cod.Min: SSMM08300A Cod.Fisc:80014260907 Email: SSMM08300A@ISTRUZIONE.IT	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited	16568
	Data effetto: 30/09/2013	Data scadenza: 30/09/2016
	Periodo di assicurazione	30/09/2013 - 30/09/2014

Data Sinistro ora luogo

Il sottoscritto (Cognome) (Nome) Data di nascita

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. Frequentante la 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 completo (via/cap/città/prov.) Recapito telefonico:

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: Cognome Nome

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) Recapito telefonico:

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)




▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dall/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

(luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)