

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

ISTITUTO SCOLASTICO

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| Intestazione: | ISTITUTO COMPRENSIVO ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI GOITO | | |
| Indirizzo: | VIA D.ALIGHIERI 49 46044 GOITO | | |
| Telefono: | 0376 60151 | Fax: | 0376 60079 |
| Cod. Ministeriale: | MNIC805003 | Cod. Fiscale: | 90011550200 |
| E-mail: | | | |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.: | | | 31904 |
| Data effetto: | 15/11/2019 | Data scadenza: | 15/11/2022 |
| Periodo di assicurazione: | 15/11/2020 - 15/11/2021 | | |
| 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: | 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)