

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO CENTOPASSI		
Indirizzo:	VIA A. ABEGG 19 10050 SANT'ANTONINO DI SUSÀ		
Telefono:	011 9649093	Fax:	0119634842
Cod. Ministeriale:	TOIC82400X	Cod. Fiscale:	96024320010
E-mail:	toic82400x@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	28163		
Data effetto:	29/10/2017	Data scadenza:	29/10/2020
Periodo di assicurazione:	29/10/2019 - 29/10/2020		
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 dall/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)