

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	BORGOSOLESTA"-CANTALAMESSA		
Indirizzo:	VIA SAN SERAFINO DA MONTEGRANARO		
Telefono:	0736251408	Fax:	0736251408
Cod. Ministeriale:	APIC83100B	Cod. Fiscale:	92053490444
E-mail:	apic83100b@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:		39311	
Data effetto:	15/10/2023	Data scadenza:	15/10/2026
Data Sinistro:		Ora:	Luogo:
Il sottoscritto Cognome:		Nome:	
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo della sede/plexo 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)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
Tel +39.0773.457901 - Fax 0773.019867
Internet: www.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it