



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CASTENASO

DENUNCIA INFORTUNIO PERSONALE

Nominativo del Danneggiato Docente/Ata _____

Data del sinistro _____ ora_____ Data della denuncia_____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il: (Data) _____ alle Ore _____

Eventuali testimoni presenti: _____

DANNEGGIATO:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____ Comune di Residenza _____ Cap _____

Codice fiscale _____

Meccanica del sinistro: _____

Si prega di consegnare tempestivamente in Segreteria eventuali certificazioni mediche.

L'insegnante/Ata

VISTO
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Patrizia Parma