

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

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE		
Indirizzo:	PIAZZALE CAMILLO CIBIN 10 31040 SALGAREDA		
Telefono:	0422 807802	Fax:	0422 808969
Cod. Ministeriale:	94105330263	Cod. Fiscale:	94105330263
E-mail:	tvic85500x@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			29639
Data effetto:	19/09/2018	Data scadenza:	19/09/2021
Periodo di assicurazione:		19/09/2018 - 19/09/2019	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto Cognome:		Nome:	Data di nascita:
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo esatto della sede/plesso)			

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 del personale ATA)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
 Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67
 Internet: www.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

Intermediario:
