

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	Nome:	Data di nascita:	
Cognome:			
Al momento del fatto presente: (indicare il luogo dell'infortunio)			

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 del genitore)