

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	
<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>	
<b>Il sottoscritto</b>	<b>Nome:</b>	<b>Data di nascita:</b>	
<b>Cognome:</b>			
<b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b> <small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>			

### COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Prov:</b>
<b>Città:</b>	<b>Residente in Via:</b>
	<b>Classe/sezione:</b>

### HA SUBITO UN INFORTUNIO

<b>In data:</b>	<b>Alle ore:</b>
-----------------	------------------

### AL RIGUARDO DICHIARA

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>	<b>Recapito Tel:</b>

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>	<b>Recapito Tel:</b>

- 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)