

MODULO DENUNCIA SINISTRO

DA COMPILARE A CURA DEL DOCENTE PRESENTE AL FATTO - I CAMPI CON (*) SONO OBBLIGATORI

DATA SINISTRO (gg/mm/aaaa) (*) : _____ ORA SINISTRO (hh:mm) (*) : _____

LUOGO SINISTRO (*) _____

Il sottoscritto

COGNOME(*) : _____ NOME(*) : _____ data nascita (*) : _____

Al momento del fatto in servizio presso la scuola: infanzia primaria sec. I°

di: _____

COMUNICA CHE - L'ALUNNO/A o _____

COGNOME(*) : _____ NOME(*) : _____ sesso (*) : _____

nato a _____ il _____ residente in via _____

cap _____ a _____ prov: _____ tel. _____

classe(*) : _____ sez(*) : _____

PER I MINORI COGNOME E NOME GENITORE/I (*) : _____

ha subito un infortunio/danneggiamento e al riguardo dichiara: *descrizione sinistro (breve ma completa e dettagliata)(*)*

Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare? _____

Cosa è successo d'improvviso? _____

In conseguenza a ciò cosa è accaduto? _____

Ci sono persone ritenute responsabili dei fatti? (*) : si no

Al momento dell'infortunio era/no presente/i il/i seguente/i testimone/i (*)

cognome e nome: _____ data di nascita: _____

indirizzo: _____ tel: _____

cognome e nome: _____ data di nascita: _____

indirizzo: _____ tel: _____

L'infortunato ➤ e' stato immediatamente assistito da (*) : _____

➤ è uscito anticipatamente (con i genitori) (*) : si no - se si (*) : data _____ ora _____

➤ è stato inviato al Pronto Soccorso di _____

Lesioni fisiche e/o danni materiali riscontrati(*) : _____

Parte anatomica colpita (*) : _____

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

Data _____ Firma del docente _____

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott. Catia COCCARIELLI