

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

<b>DIREZIONE DIDATTICA DIR. DIDATTICA 4° CIRCOLO IMBRIA</b> <b>VIA COMUNI DI PUGLIA 100</b> <b>76123 ()</b> <b>Tel: 0883 246339 Fax: 0883 541099</b> <b>Cod.Min: BAE19900L Cod.Fisc:90095080728</b> <b>Email: bae19900l@istruzione.it</b>	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria AIG Europe Limited	19879
	<b>Data effetto: 11/10/2014</b>	<b>Data scadenza: 11/10/2015</b>
	<b>Periodo di assicurazione</b> 11/10/2014 - 11/10/2015	

**Data Sinistro**  **ora**  **luogo**

**Il sottoscritto**  **(Cognome)**  **(Nome)**  **Data di nascita**

**Al momento del fatto in servizio presso la scuola**  
 (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

**Cognome**  **Nome**

**Nato a**  **il**  **Residente in Via**

**CAP**  **Città**  **Prov.**  **Frequentante la 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 completo (via/cap/città/prov.)  **Recapito telefonico:**
- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome**  **Nome**   
 Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)  **Recapito telefonico:**
- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)
- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)
- Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di
- Eventuali osservazioni

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

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)