

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	DI S.OMOBONO TERME		
Indirizzo:	VIA VITTORIO VENETO 72		
Telefono:	035851058	Fax:	0
Cod. Ministeriale:	BGIC87200P	Cod. Fiscale:	95118250166
E-mail:	bgic87200p@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	40099		
Data effetto:	31/08/2024	Data scadenza:	31/08/2027
Periodo di assicurazione: 31/08/2024-31/08/2025			
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:	Classe/sezione:

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data:	Alle ore:	Ha abbandonato la scuola	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	ORA _____
----------	-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------

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** 

(Luogo e Data)

**FIRMARE
QUI** 

(Firma dell'Insegnante)