

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ANTONIO GRAMSCI		
Indirizzo:	VIA PESCARA, SNC		
Telefono:	069315989	Fax:	0693160268
Cod. Ministeriale:	RMIC8AX006	Cod. Fiscale:	90049510580
E-mail:	rmic8ax006@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:		39613	
Data effetto:	28/11/2023	Data scadenza:	28/11/2026
		Periodo di assicurazione: 28/11/2025-28/11/2026	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	
Cognome:		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

HA ABBANDONATO L'ISTITUTO ALLE ORE: _____

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 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)