

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE N. 1 DON LORENZO MILANI		
Indirizzo:	VIA MONFALCONE 414/A 19123 LA SPEZIA		
Telefono:	0187711258	Fax:	0187/711018
Cod. Ministeriale:	SPIC814006	Cod. Fiscale:	91071830110
E-mail:	spic814006@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			29772
Data effetto:	12/09/2018	Data scadenza:	12/09/2019
Periodo di assicurazione:		12/09/2018 - 12/09/2019	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	Data di nascita:
Cognome:			
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:
----------	-----------

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)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l. Via Ligabue, 2 - 04100 Latina  
Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67  
Internet: www.sicurezzaescuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaescuola.it

Intermediario:  
 **benacquista**  
assicurazioni