

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	STATALE N. 1 DON LORENZO MILANI		
Indirizzo:	VIA MONFALCONE 414/A		
Telefono:	0187711258	Fax:	0187711018
Cod. Ministeriale:	SPIC814006	Cod. Fiscale:	91071830110
E-mail:	spic814006@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	37666		
Data effetto:	12/09/2022	Data scadenza:	12/09/2025
Periodo di assicurazione: 12/09/2024-12/09/2025			
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:
----------	-----------

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 dall/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)