

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA 1°GRADO		
Indirizzo:	PLAZAL DALI SCKOLA ,77 23041 LIVIGNO		
Telefono:	0342996394	Fax:	0342970212
Cod. Ministeriale:	SOIC80300T	Cod. Fiscale:	83004310146
E-mail:	soic80300t@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE:	ITBSTQ52569		
Data effetto:	29/10/2019	Data scadenza:	29/10/2022
Periodo di assicurazione:	29/10/2019 - 29/10/2020		
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto	Nome:	Data di nascita:	
Cognome:			
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: <small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>			

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)