

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

|  |                          |                           |                       |
|--|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Intestazione:  | N. 1                     |                           |                       |
| Indirizzo:   | VIA DE CAROLIS 23        |                           |                       |
| Telefono:  | 051 568484               | Fax:                      | 051 568585            |
| Cod. Ministeriale:   | BOIC808009               | Cod. Fiscale:             | 91153320378           |
| E-mail:  | BOIC808009@ISTRUZIONE.IT |                           |                       |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:   | 38819                    |                           |                       |
| Data effetto:  | 14/09/2023               | Data scadenza:            | 14/09/2026            |
|  |                          | Periodo di assicurazione: | 14/09/2023-14/09/2024 |
| Data Sinistro:   | Ora:                     | Luogo:                    |                       |
| Il sottoscritto<br>Cognome:  |                          | Nome:                     | Data di nascita:      |
| Al momento del fatto in servizio presso la scuola:<br>(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** 

**FIRMARE  
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)