

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO G. ADAMOLI		
Indirizzo:	VIA DEGLI ORTI, 5 21023 BESOZZO		
Telefono:	0332 770204	Fax:	0332 707535
Cod. Ministeriale:	VAIC81200G	Cod. Fiscale:	92013110124
E-mail:			
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza	AIG Europe Limited:		22355
Data effetto:	10/10/2015	Data scadenza:	10/10/2018
Periodo di assicurazione:	10/10/2015 - 10/10/2016		
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)

--

- Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

--

- Eventuali osservazioni

--

**Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.**

**In fede**

**FIRMARE QUI**

**FIRMARE QUI**

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)