

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

ISTITUTO SCOLASTICO	
	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria AIG Europe Limited
Data effetto:	Data scadenza:
Periodo di assicurazione	

**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.**  **Frequentante la 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 completo (via/cap/città/prov.)**  **Recapito telefonico:**

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome**  **Nome**

**Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)**  **Recapito telefonico:**

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)




▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/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**

    
\_\_\_\_\_  
(luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)