IGS
CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO N. 4 CENTO ,		
Indirizzo:	VIA SALVI 15 -LOC. RENO CENTESE 44041 CENTO		
Telefono:	0516847000	Fax:	0516847000
Cod. Ministeriale:	FEIC81700V	Cod. Fiscale:	90012620382
E-mail:	feic81700v@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	36810		
Data effetto: 25/11/2021	Data scadenza: 25/11/2024	Periodo di assicurazione:	25/11/2021 - 25/11/2022
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 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)