

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO I.C. VALLE DEL FINO</b>		
Indirizzo:	<b>VIA UMBERTO I - SNC 64034 CASTIGLIONE MESSER RAIMONDO</b>		
Telefono:	<b>0861 909031</b>	Fax:	
Cod. Ministeriale:	<b>TEIC81600C</b>	Cod. Fiscale:	<b>92024400670</b>
E-mail:	<b>teic81600c@istruzione.it</b>		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			<b>35220</b>
Data effetto:	<b>03/12/2020</b>	Data scadenza:	<b>03/12/2023</b>
Periodo di assicurazione:	<b>03/12/2020 - 03/12/2021</b>		
<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>	
<b>Il sottoscritto</b>	<b>Nome:</b>	<b>Data di nascita:</b>	
<b>Cognome:</b>			
<b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b> (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)			

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>	<b>Residente in Via:</b>			
<b>CAP:</b>	<b>Città:</b>	<b>Prov:</b>	<b>Classe/sezione:</b>		

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

<b>In data:</b>	<b>Alle ore:</b>
-----------------	------------------

**AL RIGUARDO DICHIARA**

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

--

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- 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)