

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO I.C. MONTE SAN PIETRO		
Indirizzo:	VIALE IV NOVEMBRE,4 40050 MONTE SAN PIETRO		
Telefono:	051 6761483	Fax:	051 6764245
Cod. Ministeriale:	BOIC80700D	Cod. Fiscale:	80074630379
E-mail:	boic80700d@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			23244
Data effetto:	16/11/2015	Data scadenza:	16/11/2016
Periodo di assicurazione:		16/11/2015 - 16/11/2016	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	Data di nascita:
Cognome:			
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

FIRMARE QUI 

FIRMARE QUI 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)