

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

<i>ISTITUTO SCOLASTICO</i>			
Intestazione:	FOLIGNO 1		
Indirizzo:	VIA S. CATERINA		
Telefono:	0742350374	Fax:	0742350374
Cod. Ministeriale:	PGIC86100A	Cod. Fiscale:	91046190541
E-mail:	pgic86100a@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza	AIG EUROPE S.A.:		41303
Data effetto:	06/02/2025	Data scadenza:	31/08/2028
		Periodo di assicurazione:	06/02/2025-31/08/2025
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 dall/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

_____ (Luogo e Data)

FIRMARE
QUI

_____ (Firma dell'Insegnante)