

ISTITUTO SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO BIANCHI - SCIGLIANO VIA MUNICIPIO 87057 SCIGLIANO (CS) Tel: 0984966289 Fax: 0984966289 Cod.Min: CSIC864005 Cod.Fisc: 99332900788 Email: csmm229001@istruzione.it	N. Pol. Infortuni/RC/Assistenza	7068
	N. Pol. Tutela Giudiziaria	20007068
	Data effetto: 04/10/2009	Data scadenza: 04/10/2012
	Periodo di assicurazione	04/10/2009 - 04/10/2010

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 (cognome e nome)	Nato/a a	il
Residente in via	CAP	Città Prov.
Frequentante la Classe/Sezione della scuola		

HA SUBITO UN INFORTUNIO




In data	Alle ore
---------	----------

AL RIGUARDO DICHIARA

Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo
Che al momento dell'infortunio erano presenti i seguenti testimoni (nome/cognome/indirizzo/recapito telefonico)
Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)
Che l'infortunato/a è stato/a immediatamente assistito/a dal/i Sig.
Che l'infortunato/a è stato/a inviato al Pronto Soccorso di
Eventuali osservazioni

La presente non esonera dall'obbligo di trasmettere il modulo di denuncia sinistro.

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio. In fede

 _____ (luogo)
  _____ (data)
  _____ (Firma dell'Insegnante)