

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO SAREGO "MUTTONI"		
Indirizzo:	VIA DAMIANO CHIESA N. 5 36040 SAREGO		
Telefono:	0444820813	Fax:	0444820814
Cod. Ministeriale:	VIIC813005	Cod. Fiscale:	80016850242
E-mail:	viic813005@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			36123
Data effetto:	29/09/2021	Data scadenza:	29/09/2022
Periodo di assicurazione:	29/09/2021 - 29/09/2022		
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

**LUOGO
E DATA** 

**FIRMARE
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)