

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

| ISTITUTO SCOLASTICO | | | |
|--|---|---------------------------|-------------------------|
| Intestazione: | ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SUPERIORE IL PONTORMO | | |
| Indirizzo: | VIA RAFFAELLO SANZIO, 159 | | |
| Telefono: | 0571944059 | Fax: | 057180299 |
| Cod. Ministeriale: | FIIS027001 | Cod. Fiscale: | 82003530480 |
| E-mail: | segreteria@liceopontormo.it | | |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.: | 37279 | | |
| Data effetto: | 31/08/2022 | Data scadenza: | 31/08/2025 |
| | | Periodo di assicurazione: | 31/08/2022-31/08/2023 |
| 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** 

**FIRMARE
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)