

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	G. ROMANINO		
Indirizzo:	VIA RIPA N. 2		
Telefono:	036440062	Fax:	0364306719
Cod. Ministeriale:	BSIC83700X	Cod. Fiscale:	90011950178
E-mail:	bsic83700x@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ67205		
Data effetto:	25/09/2021	Data scadenza:	25/09/2024
		Periodo di assicurazione:	25/09/2023-25/09/2024
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)



_____ (Firma dell'Insegnante)