

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO CARDUCCI		
Indirizzo:	VIA DON MAGNI, 2 20028 SAN VITTORE OLONA		
Telefono:	0331516678	Fax:	0331422057
Cod. Ministeriale:	MIIC845001	Cod. Fiscale:	84004470153
E-mail:	info@icscarducci.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			24371
Data effetto:	20/02/2016	Data scadenza:	31/08/2018
Periodo di assicurazione:		31/08/2016 - 31/08/2017	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	
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/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  
QUI

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)