

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	GORGO AL MONTICANO		
Indirizzo:	VIA ROMA 60/2		
Telefono:	0422740428	Fax:	0422208023
Cod. Ministeriale:	TVIC88000L	Cod. Fiscale:	94141420268
E-mail:	tvic88000l@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	37436		
Data effetto:	14/09/2022	Data scadenza:	14/09/2025
Periodo di assicurazione:	14/09/2023-14/09/2024		
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/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)