

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	L.S. - ISA - IPSIA		
Indirizzo:	VIA DELLE GINESTRE SNC		
Telefono:	0984-992265	Fax:	0984976010
Cod. Ministeriale:	CSIS078007	Cod. Fiscale:	98113150787
E-mail:	csis078007@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	37675		
Data effetto:	09/10/2022	Data scadenza:	09/10/2025
Periodo di assicurazione: 09/10/2022-09/10/2023			
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)