**DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE**

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

|  |
| --- |
| *ISTITUTO SCOLASTICO* |
| Intestazione: | **ISTITUTO PRINCIPALE ARCHIMEDE** |
| Indirizzo: | **VIA G.BONFIGLIO, 44 92022 CAMMARATA** |
| Telefono: | **0922 909401** | Fax: | **0922901268** |
| Cod. Ministeriale: | **AGRI02000X** | Cod. Fiscale: | **80006570842** |
| E-mail: | **agri02000x@istruzione.it** |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited: | **23754** |
| Data effetto: | **30/11/2015** | Data scadenza: | **30/11/2016** | Periodo di assicurazione: | **30/11/2015 - 30/11/2016** |
| **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:** |

**In data: Alle ore:**

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

**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)**

