**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**

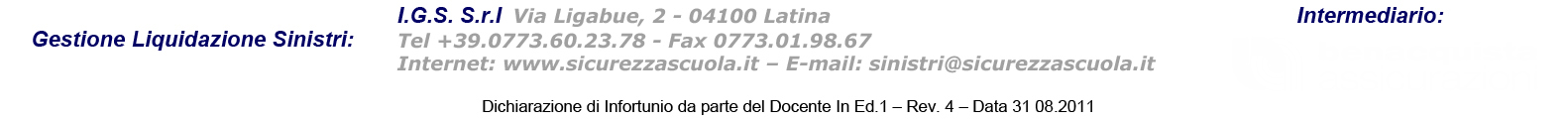
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome:** | | | | **Nome:** | |
| **Nato a:** | | **il:** | **Residente in Via:** | | |
| **CAP:** | **Città:** | | **Prov:** | | **Classe/sezione:** |

**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)**

