

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO P.THOUAR E L.GONZAGA - MILANO		
Indirizzo:	VIA ODOARDO TABACCHI, 15/A 20136 MILANO		
Telefono:	0288440480	Fax:	0289403271
Cod. Ministeriale:	MIIC8CD00E	Cod. Fiscale:	80128490150
E-mail:	miic8cd00e@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	32606		
Data effetto:	30/11/2019	Data scadenza:	30/11/2022
Periodo di assicurazione:	30/11/2021 - 30/11/2022		
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 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** 

**FIRMARE
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)