

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	N. 8 CA' SELVATICA		
Indirizzo:	VIA CA' SELVATICA 11		
Telefono:	051333384	Fax:	0516143898
Cod. Ministeriale:	BOIC85100G	Cod. Fiscale:	91201390373
E-mail:	boic85100g@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ55411		
Data effetto:	31/12/2019	Data scadenza:	30/06/2023
Periodo di assicurazione: 31/12/2021-30/06/2023			
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	Data di nascita:
Cognome:			
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (Indicare l'indirizzo della sede/piesso 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)

VEDI ALLEGATO -D

- 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)

