

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		ISTITUTO COMPRENSIVO V. CUOCO			
Indirizzo:		VIA TREMITI, 1 86038 PETACCIATO			
Telefono:	087567313	Fax:	087508756731		
Cod. Ministeriale:	CBIC83300E	Cod. Fiscale:	82005020704		
E-mail:	cbic83300e@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:					25432
Data effetto:	18/10/2016	Data scadenza:	18/10/2019	Periodo di assicurazione:	18/10/2016 - 18/10/2017
<b>Data Sinistro:</b>		<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>		
<b>Il sottoscritto</b>		<b>Nome:</b>		<b>Data di nascita:</b>	
<b>Cognome:</b>					
<b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b>					
(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)					

### COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>			
<b>Nato a:</b>		<b>il:</b>	<b>Residente in Via:</b>		
<b>CAP:</b>	<b>Città:</b>	<b>Prov:</b>	<b>Classe/sezione:</b>		

### HA SUBITO UN INFORTUNIO

<b>In data:</b>	<b>Alle ore:</b>
-----------------	------------------

### AL RIGUARDO DICHIARA

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>			
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>			
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- 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)