IGS
CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	**DON ROBERTO MALGESINI**		
Indirizzo:	**VIA GUER**		
Telefono:	**034485217**	Fax:	**000**
Cod. Ministeriale:	**COIC81900L**	Cod. Fiscale:	**93006970136**
E-mail:	**coic81900l@istruzione.it**		

N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	**ITBSTR16619**

Data effetto:	**01/09/2024**	Data scadenza:	**01/09/2027**	Periodo di assicurazione:	**01/09/2024-01/09/2025**

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 _____ **(Luogo e Data)**

FIRMARE QUI _____ **(Firma dell'Insegnante)**