

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

|                            |                   |   |                |
|----------------------------|-------------------|---|----------------|
| Tel:<br>Cod.Min:<br>Email: | Fax:<br>Cod.Fisc: | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria<br>AIG Europe Limited |                |
|                            |                   | Data effetto:   | Data scadenza: |
|                            |                   | Periodo di assicurazione  |                |

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.  Frequentante la 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 completo (via/cap/città/prov.)  Recapito telefonico:

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: Cognome  Nome

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)  Recapito telefonico:

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.  
In fede

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)