

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	NICOLA BADALONI		
Indirizzo:	VIA SPAZZACAMINO 11		
Telefono:	071/7574394	Fax:	071/9816299
Cod. Ministeriale:	mcic83100e	Cod. Fiscale:	91019540433
E-mail:	MCIC83100E@ISTRUZIONE.IT		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ93272		
Data effetto:	14/09/2022	Data scadenza:	14/09/2023
Periodo di assicurazione: 14/09/2022-14/09/2023			
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 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)

(Firma dell'Insegnante)