

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	A. MANZONI - MARACALAGONIS		
Indirizzo:	VIA GARIBALDI, 50		
Telefono:	070789031	Fax:	000000
Cod. Ministeriale:	CAIC80700B	Cod. Fiscale:	80010490920
E-mail:	caic80700b@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ93673		
Data effetto:	21/10/2022	Data scadenza:	21/10/2025
		Periodo di assicurazione:	21/10/2022-21/10/2023
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/plesso dell'istituzione scolastica)			

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:	Nome:
Nato a:	il:
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)