

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

ISTITUTO SCOLASTICO	
	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria Chartis Europe S.A.
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)