

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO V.F. CASSANO - A. DE RENZIO		
Indirizzo:	VIA G. SALVEMINI, 7 70032 BITONTO		
Telefono:	080 3714029	Fax:	0803714029
Cod. Ministeriale:	BAIC85000R	Cod. Fiscale:	93423340723
E-mail:	baic85000r@istruzione.it		
N. Pol. Infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			
Data effetto:		Data scadenza:	
Periodo di assicurazione:			
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:	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

FIRMARE  
QUI

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)