

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO OMNICOMPRESIVO MAMELI - MAGNINI		
Indirizzo:	VIA TIBERINA 163 6053 DERUTA		
Telefono:	0759728682	Fax:	0000000000
Cod. Ministeriale:	PGIC82700V	Cod. Fiscale:	80002590547
E-mail:	pgic82700v@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE:	ITBSTQ55522		
Data effetto:	29/08/2020	Data scadenza:	29/08/2022
Periodo di assicurazione:	29/08/2021 - 29/08/2022		
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 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)