

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

ISTITUTO SCOLASTICO					
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MARCO POLO				
Indirizzo:	VIA LIBERAZIONE, 23 20030 SENAGO				
Telefono:	02-99056808	Fax:	00000000		
Cod. Ministeriale:	MIIC8ER00V	Cod. Fiscale:	80126490152		
E-mail:	miic8er00v@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza ASSICURATRICE MILANESE S.P.A.		582231797N			
Data effetto:	10/01/2025	Data scadenza:	10/01/2029	Periodo di assicurazione:	10/01/2025 - 10/01/2029
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** 

**FIRMARE
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)