IGS CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	**STATALE MARCO POLO**		
Indirizzo:	**VIA LIBERAZIONE, 23**		
Telefono:	**0299056808**	Fax:	**00000000**
Cod. Ministeriale:	**MIIC8ER00V**	Cod. Fiscale:	**80126490152**
E-mail:	**miic8er00v@istruzione.it**		

N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A..:				**36915**	
Data effetto:	**10/01/2022**	Data scadenza:	**10/01/2025**	Periodo di assicurazione:	**10/01/2024-10/01/2025**

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)**