

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO "PAOLO STEFANELLI"		
Indirizzo:	VIA ENRICO PESTALOZZI, 5		
Telefono:	0695955186		
Cod.Ministeriale:	RMIC8GU00D	Cod.Fiscale:	97713220586
E-mail:	rmic8gu00d@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza FUTURA S.R.L.		57121 (LI)	
Data effetto:	30/12/2022	Data scadenza:	30/12/2025
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il/La sottoscritto/a 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):	RecapitoTel:

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti):

ALLEGARE RELAZIONE

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Via/RecapitoTel/Qualificaprofessionale)

**Il/La sottoscritto/a dichiara che, pur essendo presente, si è trovato/a nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.
In fede**

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)

NOBIS COMPAGNIA ASSICURAZIONI S.P.A.