

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO I.C.STRENTA TONGIORGI		
Indirizzo:	VIA ORAZIO GENTILESCHI, 10 56123 PISA		
Telefono:	050 560094	Fax:	050 560581
Cod. Ministeriale:	PIIC83300V	Cod. Fiscale:	93049560506
E-mail:	piic83300v@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	30207		
Data effetto:	15/09/2021	Data scadenza:	15/09/2024
Periodo di assicurazione:	15/09/2022 - 15/09/2023		
Data Sinistro:		Ora:	
Luogo:			
Il sottoscritto			Data di nascita:
Cognome:		Nome:	
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 AL RIGUARDO DICHIARA

In data: alle ore:

- 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 
(Luogo e Data)

FIRMARE QUI 
(Firma dell'Insegnante)