

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO SAN GAVINO MONREALE		
Indirizzo:	VIA FOSCOLO 9037 SAN GAVINO MONREALE		
Telefono:	070 9339426	Fax:	070 9339426
Cod. Ministeriale:	CAIC86300Q	Cod. Fiscale:	91019750925
E-mail:	caic86300q@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			31591
Data effetto:	31/08/2019	Data scadenza:	31/08/2022
Periodo di assicurazione:	31/08/2019 - 31/08/2020		
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)