

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	RITA LEVI MONTALCINI		
Indirizzo:	VIA BRIANZA, 20		
Telefono:	023511257	Fax:	
Cod. Ministeriale:	MIIC8A800L	Cod. Fiscale:	80102610153
E-mail:	MIIC8A800L@ISTRUZIONE.IT		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:		42074	
Data effetto:	18/11/2025	Data scadenza:	18/11/2028
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**

(Luogo e Data)

**FIRMARE
QUI**

(Firma dell'Insegnante)