

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	IPPOLITO NIEVO		
Indirizzo:	VIALE LIBERTA 30		
Telefono:	0421590720	Fax:	0421333918
Cod. Ministeriale:	VEIC809006	Cod. Fiscale:	84003860271
E-mail:	veic809006@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ93277		
Data effetto:	25/09/2022	Data scadenza:	25/09/2024
Periodo di assicurazione: 25/09/2023-25/09/2024			
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)

(Firma dell'Insegnante)



OGGETTO: SEGNALAZIONE INCIDENTE E/O INFORTUNIO

___I___ sottoscritt___ _____ docente in servizio presso la
scuola _____

SEGNALA

che in data _____ alle ore _____ è accaduto il seguente infortunio all'alunno/a:
_____ della classe _____

luogo e descrizione dell'episodio:

HA ABBANDONATO LA SCUOLA: | NO |

| SI | ALLE ORE _____

San Donà di Piave, _____

FIRMA
