

## DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE



la presente dichia	razione	NON e					el Mo	dulo Denuncia Sinistro	
Intestazione: ISTITUTO COMPRENSIVO VIA RUGANTINO, 91									
Indirizzo:	VIA DELL"""AQUILA REALE, 50 00169 ROMA								
Telefono:	06260149 Fax: 0623279252								
Cod. Ministeriale:				_	Cod. Fiscale:				
						od. Fiscale:	97663710586		
E-mail: rmic8ct007@istruzione.it  N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.: 33319									
				30/09/20	_	1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		30/09/2020 - 30/09/2021	
Data Sinistro:		Luogo:							
Il sottoscritto			N	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:					Resi	dente in Via:			
CAP: C	ittà:	tà:			Prov:		CI	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 dichia	ra che n	ur ess	ando pro	sonto ci	à trov	ato nell'impossibil	ih étil	nrevenire l'infortunio	
Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio. In fede									
					EID	MADE			
LUOGO E DATA					Ö	QUI			
						, = <b>-</b> F			

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)

