

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO ENZO BIAGI		
Indirizzo:	VIA ORREA, 23 00123 ROMA		
Telefono:	06 3037022	Fax:	06 30436063
Cod. Ministeriale:	RMIC85700Q	Cod. Fiscale:	97197620582
E-mail:	rmic85700q@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE:	ITBSTQ66897		
Data effetto:	23/11/2020	Data scadenza:	23/11/2021
Periodo di assicurazione:	23/11/2020 - 23/11/2021		
<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>	
<b>Il sottoscritto</b>	<b>Nome:</b>	<b>Data di nascita:</b>	
<b>Cognome:</b>			
<b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b>			
<small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>			

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>
<b>Residente in Via:</b>	
<b>CAP:</b>	<b>Città:</b>
<b>Prov:</b>	<b>Classe/sezione:</b>

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

<b>In data:</b>	<b>Alle ore:</b>
-----------------	------------------

**AL RIGUARDO DICHIARA**

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

--

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>	<b>Recapito Tel:</b>

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>	<b>Recapito Tel:</b>

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

--

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dall/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)