

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		ISTITUTO SUPERIORE ANGELO BERTI			
Indirizzo:		VIA AEROP. ANGELO BERARDI, 51 37139 VERONA			
Telefono:	045 569443	Fax:	045 8100739		
Cod. Ministeriale:	VRRH02000X	Cod. Fiscale:	93040040235		
E-mail:	vrrh02000x@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			24854		
Data effetto:	08/09/2016	Data scadenza:	08/09/2019	Periodo di assicurazione:	08/09/2018 - 08/09/2019
Data Sinistro:		Ora:	Luogo:		
Il sottoscritto Cognome:		Nome:		Data di nascita:	
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: <small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>					

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)