

ISTITUTO SCOLASTICO	
	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A.
	N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA
Data effetto:	Data scadenza:
Periodo di assicurazione	

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.** **Frequentante la 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 completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome** **Nome**

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

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

▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede





(luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)