

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

ISTITUTO SCOLASTICO		
	n. Polizza infortuni/R.C./assistenza	/
	Data effetto:	Data scadenza:
	Periodo di assicurazione:	

Data Sinistro ora luogo

Il sottoscritto (cognome) (nome)

Al momento del fatto in servizio presso la scuola (indicare il plesso)

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome Nome

Frequentante la classe/sezione del plesso

HA SUBITO UN INFORTUNIO E AL RIGUARDO DICHIARA:

che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo della scuola

che al momento dell'infortunio erano presenti i seguenti testimoni: Cognome Nome

Cognome Nome

che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione sintetica dei fatti):

che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/dai sig./sigg.ri

che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

che l'infortunato ha abbandonato la scuola SI NO Se sì, a che ora

eventuali osservazioni

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

Data _____

Firma del docente _____