

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	DI BASILIANO E SEDEGLIANO		
Indirizzo:	VIA MARTIRI D.LIBERTA 19		
Telefono:	0432916028	Fax:	0432916028
Cod. Ministeriale:	UDIC819005	Cod. Fiscale:	80007740303
E-mail:	udic819005@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	36320		
Data effetto:	15/10/2021	Data scadenza:	15/10/2024
		Periodo di assicurazione:	15/10/2022-15/10/2023
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	Data di nascita:
Cognome:			
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:	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 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)

MODULO DENUNCIA SINISTRO

Data Sinistro		Ora	Luogo		
Cognome		Nome		Cod. FISC.	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.	Cittadinanza	Sesso
Residente in via		CAP	Città		Prov.
Tel Casa	Tel Ufficio		Cell.	Fax	
Mail					
Qualifica professionale			Qualifica assicurativa		
Se studente: Classe .Sezione .Corso					

SE MINORE	
Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà: Cognome, Nome _____	Nominativo del 2° genitore: Cognome, Nome _____

In caso di polizza emessa con elenco nominativo riguardante allievi/personale docente/personale non docente dichiarare se il soggetto ha provveduto al versamento della quota di premio: **O SI O NO**

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO (in caso di incidente stradale fornire i dati relativi alla controparte allegando copia della constatazione amichevole):

Max 200 caratteri

Ambito di accadimento		Ha lasciato la scuola?	Se SI a che ora?
Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare?			
Cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?			
In conseguenza a ciò cos'è accaduto?		In caso di caduta dall'alto indicare i metri.	
Soggetto organizzatore		Soggetto vigilante	
Eventuali testimoni			
Eventuali persone ritenute responsabili dei fatti			
Tipo di lesione	Sede della lesione	Giorni di prognosi	
L'infortunato è stato ricoverato in ospedale?		Se SI quale?	

Allegati obbligatori:

- Documentazione medica (TUTTA) rilasciata dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Firma dell'Insegnante

Timbro dell'Istituto Scolastico Firma del Dirigente

Secondo quanto previsto dall' Art. 35 Punto 27 Legge n.248 del 2006, il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte pena l'impossibilità di portare a termine la gestione del sinistro