



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Repubblica Italiana – Regione Friuli Venezia Giulia
ISTITUTO COMPRENSIVO DI BASILIANO E SEDEGLIANO
Scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di primo grado di
BASILIANO-COSEANO-FLAIBANO-MERETO DI TOMBA-SEDEGLIANO
sede: via Martiri della Libertà 19 – 33039 SEDEGLIANO (UD)
telefono 0432 916028– C.F. 80007740303
e-mail: udic819005@istruzione.it - udic819005@pec.istruzione.it
web: <https://www.icbasiliano-sedegliano.edu.it>



Ai sigg. Genitori

Con la presente, in riferimento all'infortunio/sinistro avvenuto in data ____/____/____ all'alunn____ frequentante la classe ____ della scuola _____, si chiede alle S.S. L.L. di compilare la parte sottostante e restituire all'ufficio di segreteria dell'Istituto.

La polizza prevede che:

1. La denuncia deve essere corredata da un certificato medico del Pronto Soccorso o nell'impossibilità di altre strutture mediche, rilasciato entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
2. Tutta la certificazione medica successiva al primo giorno certificato e attestante l'evoluzione dell'infortunio, deve essere trasmessa all'agenzia entro 30 giorni dalla data del rilascio dello stesso.

L'amministrazione declina ogni responsabilità per la mancata trasmissione della documentazione medica nei predetti termini ai fini dell'apertura del sinistro. In caso positivo, per l'apertura dell'infortunio/sinistro si chiede di consegnare all'ufficio di segreteria dell'Istituto, appena in possesso, copia degli allegati (Certificati di primo soccorso e eventuale documentazione medica relativa all'infortunio/sinistro).

Si precisa che l'Istituto Comprensivo contraente agisce da tramite per la trasmissione dei documenti e non è responsabile per ritardi causati dalla mancata o tardiva presentazione della documentazione medica da parte delle famiglie, né per quanto riguarda la data di prescrizione dell'infortunio/sinistro (entro due anni dalla data del sinistro, Art. 2952 C.C.) salvo continuazioni o proroghe trasmesse nei tempi stabiliti, all'assicurazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Marco Bardelli

DICHIARAZIONE DEI GENITORI

____/____ sottoscritt____, genitore dell'alunn____ in riferimento all'infortunio/sinistro avvenuto in data ____/____/____ all'alunn____ frequentante la classe ____ della scuola _____, comunica:

☐ Di Avere

☐ Di non avere (barrare la voce interessata)

Sottoposto ad accertamenti medico/ospedalieri di Pronto Soccorso e/o specialistici in conseguenza dell'infortunio/sinistro.

Luogo e Data _____ Firma del Genitore _____

Allega: (compilare solo in caso positivo)

☐ Documentazione medica rilasciata dal Pronto Soccorso di _____

☐ Documentazione medica rilasciata dal pediatra, oppure medico odontoiatra o specialistica