DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

|  |
| --- |
| *ISTITUTO SCOLASTICO* |
| Intestazione: | **ISTITUTO COMPRENSIVO LAZZARO SPALLANZANI** |
| Indirizzo: | **VIA CIMA D''''ASTA, 8 30174 VENEZIA MESTRE** |
| Telefono: | **0418777070** | Fax: | **041614007** |
| Cod. Ministeriale: | **VEIC875005** | Cod. Fiscale: | **90164420276** |
| E-mail: | **veic875005@istruzione.it** |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE: | **ITBSTQ67355** |
| Data effetto: | **12/09/2021** | Data scadenza: | **12/09/2024** | Periodo di assicurazione: | **12/09/2021 - 12/09/2022** |
| **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:** | **Classe/sezione:** |

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

**Alle ore:**

**In data:**

**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) (Firma dell'Insegnante)**

