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**](mailto: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)**

