

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO IST. COMP. URUGUAY		
Indirizzo:	VIA DI SETTEBAGNI, 281 138 ROMA		
Telefono:	06 87133880	Fax:	06 87133880
Cod. Ministeriale:	RMIC80700P	Cod. Fiscale:	97198910586
E-mail:	rmic80700p@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			21749
Data effetto:	04/10/2015	Data scadenza:	04/10/2018
Periodo di assicurazione:		04/10/2017 - 04/10/2018	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto Cognome:		Nome:	Data di nascita:
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: <small>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)</small>			

### 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 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**

**FIRMARE  
QUI**

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)