# 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 AZEGLIO** | | |
| Indirizzo: | **VIA XX SETTEMBRE 33 10010 AZEGLIO** | | |
| Telefono: | **012572125** | Fax: | **0125687523** |
| Cod. Ministeriale: | **TOIC894006** | Cod. Fiscale: | **93041020012** |
| E-mail: | **icazeglio@segreteria.edu.it** | | |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE: | **ITBSTQ67187** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data effetto: | **31/08/2021** | Data scadenza: | **31/08/2024** | Periodo di assicurazione: | **31/08/2021 - 31/08/2022** |

| | | |
|---|---|---|
| **Data Sinistro:** | **Ora:** | **Luogo:** |
| **Il sottoscritto**<br>**Cognome:** | **Nome:** | **Data di nascita:** |
| **Al momento del fatto in servizio presso la scuola:**<br>(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 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)**