

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	FRANCESCO MARIA GENCO		
Indirizzo:	PIAZZA LAUDATI 1		
Telefono:	080 3114337	Fax:	080 3113420
Cod. Ministeriale:	BATD02000A	Cod. Fiscale:	82014270720
E-mail:	batd02000a@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTQ55743		
Data effetto:	16/10/2020	Data scadenza:	16/10/2023
		Periodo di assicurazione:	16/10/2021-16/10/2022
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto	Nome:	Data di nascita:	
Cognome:			
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 dall/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)