

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	LICEO SCIENTIFICO ENRICO FERMI				
Indirizzo:	VIA MAZZINI, 172/2 40139 BOLOGNA				
Telefono:	051 4298511	PEO: bops02000d@istruzione.it – PEC: bops02000d@pec.istruzione.it			
Cod. Ministeriale:	BOPS02000D	Cod. Fiscale: 80074870371			
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:				36858	
Data effetto:	20/11/2021	Data scadenza:	20/11/2022	Periodo di assicurazione:	20/11/2021 - 20/11/2022
Data Sinistro:	Ora:		Luogo:		
Il sottoscritto cognome nome del dichiarante:					
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)					

COMUNICA CHE ALUNNO/A DOCENTE ATA ALTRO _____

Cognome:		Nome:			
Nato a:	il:	Residente in Via:			
CAP:	Città:	Prov:	Classe/sezione:		
Telefono:		e-mail:			

HA SUBITO UN INFORTUNIO AL RIGUARDO DICHIARA

In data:	Alle ore:	Durante quale ora lezione/lav.:
-----------------	------------------	--

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Durante quale attività:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:	Qualifica
-----------------	--------------	------------------

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Qualifica professionale) – prime cure prestate

L'infortunato ha abbandonato la lezione/lavoro NO SI alle ore _____

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)

**Il Dirigente Scolastico
Prof. Fulvio Buonomo**

*Firma autografa omessa ai sensi
Dell'art. 3 del D. Lgs. N. 39/1993*