

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	SKANDERBEG		
Indirizzo:	VIA PIETRA DI MARIA		
Telefono:	091 361638	Fax:	091 8574062
Cod. Ministeriale:	PAIC88100E	Cod. Fiscale:	80023960828
E-mail:	PAIC88100E@ISTRUZIONE.IT		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	40916		
Data effetto:	01/12/2024	Data scadenza:	01/12/2027
		Periodo di assicurazione: 01/12/2024-01/12/2025	
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**

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**

(Luogo e Data)

**FIRMARE  
QUI**

(Firma dell'Insegnante)