

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		LICEO SCIENTIFICO ALDO MORO	
Indirizzo:		VIA XX SETTEMBRE 5 42124 REGGIO EMILIA	
Telefono:	0522 517384	Fax:	0522 922077
Cod. Ministeriale:	REPS03000B	Cod. Fiscale:	80016270359
E-mail:	reps03000b@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE:		ITBSTQ52387	
Data effetto:	31/08/2019	Data scadenza:	31/08/2022
Periodo di assicurazione:		31/08/2019 - 31/08/2020	
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 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)