

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	U. AMALDI		
Indirizzo:	VIA DELLA LIBERAZIONE 3		
Telefono:	0523509955	Fax:	
Cod. Ministeriale:	PCIC80900D	Cod. Fiscale:	90009340333
E-mail:	pcic80900d@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza .:			42521
Data effetto:	31/08/2026	Data scadenza:	31/08/2027
Periodo di assicurazione: 31/08/2026-31/08/2027			
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)