

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

|                                                                                                                            |                          |                                                 |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| Intestazione:                                                                                                              | N.1 BIANCHERI            |                                                 |                  |
| Indirizzo:                                                                                                                 | VIA ROMA, 61             |                                                 |                  |
| Telefono:                                                                                                                  | 0184351180               | Fax:                                            |                  |
| Cod. Ministeriale:                                                                                                         | IMIC81800A               | Cod. Fiscale:                                   | 90083310087      |
| E-mail:                                                                                                                    | imic81800a@istruzione.it |                                                 |                  |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:                                                                | ITBSTQ79980              |                                                 |                  |
| Data effetto:                                                                                                              | 01/09/2022               | Data scadenza:                                  | 01/09/2025       |
|                                                                                                                            |                          | Periodo di assicurazione: 01/09/2022-01/09/2023 |                  |
| Data Sinistro:                                                                                                             | Ora:                     | Luogo:                                          |                  |
| Il sottoscritto<br>Cognome:                                                                                                |                          | Nome:                                           | Data di nascita: |
| Al momento del fatto in servizio presso la scuola:<br>(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**

**FIRMARE  
QUI**

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)