

## DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "E. FERRARI"		
Indirizzo:	VIA ROSA JEMMA 301		
Telefono:	0828370560	Fax:	
Cod. Ministeriale:	SAIS029007	Cod. Fiscale:	91008360652
E-mail:	SAIS029007@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza WIENER STÄDTISCHE.:		IW202101339	
Data effetto:	04/03/2022	Data scadenza:	04/03/2023
Periodo di assicurazione: 04/03/2022-04/03/2023			
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	Data di nascita:
Cognome:			
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 dall/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)