

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	<b>CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE PER GLI ADULTI</b>		
Indirizzo:	<b>VIA MONTICELLI</b>		
Telefono:	<b>089301859</b>	Fax:	<b>089301859</b>
Cod. Ministeriale:	<b>SAMM33800D</b>	Cod. Fiscale:	<b>95156800658</b>
E-mail:	<b>samm33800d@istruzione.it</b>		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	<b>ITBSTQ93264</b>		
Data effetto:	<b>31/08/2022</b>	Data scadenza:	<b>31/08/2025</b>
		Periodo di assicurazione:	<b>31/08/2024-31/08/2025</b>
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)



\_\_\_\_\_ (Firma dell'Insegnante)