**DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE**

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

|  |
| --- |
| *ISTITUTO SCOLASTICO* |
| Intestazione: | **ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 3** |
| Indirizzo: | **VIALE ROMA, 15 06121 PERUGIA** |
| Telefono: | **075 5726094** | Fax: | **075 5721909** |
| Cod. Ministeriale: | **PGIC86600D** | Cod. Fiscale: | **94152430545** |
| E-mail: | **pgic86600d@istruzione.it** |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.: | **30354** |
| Data effetto: | **30/09/2018** | Data scadenza: | **30/09/2021** | Periodo di assicurazione: | **30/09/2019 - 30/09/2020** |
| **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**

 **(Firma dell'Insegnante)**

 **Perugia, 20/09/19**