

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:		SAMPIERDARENA	
Indirizzo:		P.ZZA MONASTERO, 6	
Telefono:	010 936389	Fax:	010 2344335
Cod. Ministeriale:	GEIC85100E	Cod. Fiscale:	95159930106
E-mail:	geic85100e@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:		ITBSTQ67215	
Data effetto:	01/10/2021	Data scadenza:	01/10/2024
		Periodo di assicurazione: 01/10/2022-01/10/2023	
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 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)