

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	GIACOMO MATTEOTTI		
Indirizzo:	VIA G. MATTEOTTI, 11		
Telefono:	069580694	Fax:	069509006
Cod. Ministeriale:	RMIC8CD003	Cod. Fiscale:	93016960580
E-mail:	rmic8cd003@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			38429
Data effetto:	20/11/2022	Data scadenza:	20/11/2023
Periodo di assicurazione: 20/11/2022-20/11/2023			
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 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)

Il/La sottoscritt _____ in qualità di _____
della scuola _____ di _____ denuncia
il seguente infortunio occorso all'alunn _____
scuola _____ plesso di _____ classe _____ sezione _____

- 1) data e ora dell'infortunio _____
- 2) locale presso il quale si è verificato _____
- 3) descrizione particolareggiata del modo in cui l'incidente è avvenuto:

4) In conseguenza di quanto sopra descritto l'infortunato riportava i seguenti danni:

- 5) L'infortunato è stato subito soccorso/a da _____
- 6) con (descrivere i primi soccorsi resi) _____
- 7) e sono state prese le seguenti iniziative _____
- 8) Indicazione delle modalità di vigilanza sull'alunno/a e delle precauzioni prese per impedire il fatto:

9) Indicazione dei nominativi di eventuali altri testimoni all'evento (insegnanti, personale ATA, alunni ecc.)

Nome e cognome _____ Firma _____

Nome e cognome _____ Firma _____

Nome e cognome _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a insegnante denunciario/a, a conoscenza delle disposizioni che regolano la vigilanza agli alunni e le denunce di infortuni, assicura l'assoluta accidentalità dell'accaduto in quanto sono state messe in atto le necessarie condizioni di sicurezza e vigilanza.

In particolare:

- per la sua dinamica l'incidente è avvenuto senza poter essere né previsto né prevenuto o evitato dal personale responsabile della vigilanza, pur presente nel rispetto delle proprie funzioni e delle indicazioni del Dirigente scolastico in fatto di vigilanza;
- nel caso venisse a conoscenza o in possesso di ulteriori elementi o documentazione relativa all'incidente, ora non allegata, (ivi compresa l'eventuale intenzione dei genitori di chiedere risarcimenti, di citare l'insegnante o la scuola, ecc....) provvederà tempestivamente ad informare la Direzione con nota scritta e/o con l'inoltro della documentazione.

Allega:

a) _____

b) _____

_____, _____

Firma
