

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

|   |                          |                           |                       |
|---|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Intestazione:   | VITTORINO DA FELTRE      |                           |                       |
| Indirizzo:  | VIA FINALMARINA 5        |                           |                       |
| Telefono:   | 01101166100              | Fax:                      |                       |
| Cod. Ministeriale:  | TOIC8A100T               | Cod. Fiscale:             | 97771220015           |
| E-mail:   | toic8a100t@istruzione.it |                           |                       |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:  |                          |                           | 36116                 |
| Data effetto:   | 31/08/2021               | Data scadenza:            | 31/08/2024            |
|   |                          | Periodo di assicurazione: | 31/08/2022-31/08/2023 |
| <b>Data Sinistro:</b>   | <b>Ora:</b>              | <b>Luogo:</b>             |                       |
| <b>Il sottoscritto</b>  | <b>Nome:</b>             | <b>Data di nascita:</b>   |                       |
| <b>Cognome:</b>   |                          |                           |                       |
| <b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b><br>(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica) |                          |                           |                       |

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

|                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <b>Cognome:</b>          | <b>Nome:</b>           |
| <b>Nato a:</b>           | <b>il:</b>             |
| <b>Residente in Via:</b> |                        |
| <b>CAP:</b>              | <b>Città:</b>          |
| <b>Prov:</b>             | <b>Classe/sezione:</b> |

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| <b>In data:</b> | <b>Alle ore:</b> |
|-----------------|------------------|

**AL RIGUARDO DICHIARA**

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

|                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| <b>Cognome:</b>                      | <b>Nome:</b>         |
| <b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b> | <b>Recapito Tel:</b> |

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

|                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| <b>Cognome:</b>                      | <b>Nome:</b>         |
| <b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b> | <b>Recapito Tel:</b> |

- 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)