

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	LICEO SCIENTIFICO I. NEWTON		
Indirizzo:	VIA PALEOLOGI, 22 10034 CHIVASSO		
Telefono:	0119109663	Fax:	0119172600
Cod. Ministeriale:	TOPS190009	Cod. Fiscale:	82506520012
E-mail:	tops190009@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	33716		
Data effetto:	01/09/2020	Data scadenza:	01/09/2023
Periodo di assicurazione:	01/09/2020 - 01/09/2021		
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** 

**FIRMARE  
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)