

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

ISTITUTO SCOLASTICO					
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO I				
Indirizzo:	ORBASSANO - PIAZZA DE AMICIS 12 10043 ORBASSANO				
Telefono:	011/9002289	Fax:	0000000000		
Cod. Ministeriale:	TOIC8AH00L	Cod. Fiscale:	95616340014		
E-mail:	toic8ah00l@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:				33616	
Data effetto:	14/09/2020	Data scadenza:	14/09/2023	Periodo di assicurazione:	14/09/2020 - 14/09/2021
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)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l. Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
Tel +39.0773.457901 - Fax 0773.019867
Internet: www.sicurezzaascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaascuola.it

 **benacquista
assicurazioni**