IGS
CLAIMS MANAGEMENT

# DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

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

| *ISTITUTO SCOLASTICO* | | | |
|---|---|---|---|
| Intestazione: | **STATALE DI POGGIARDO** | | |
| Indirizzo: | **VIA MONTE GRAPPA , 1** | | |
| Telefono: | **0836909870** | Fax: | |
| Cod. Ministeriale: | **LEIC88000B** | Cod. Fiscale: | **92012580756** |
| E-mail: | **leic88000b@istruzione.it** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A..: | | | | **41759** | |
| Data effetto: | **20/09/2025** | Data scadenza: | **20/09/2028** | Periodo di assicurazione: | **20/09/2026-20/09/2027** |

| | | |
|---|---|---|
| **Data Sinistro:** | **Ora:** | **Luogo:** |
| **Il sottoscritto**<br>**Cognome:** | **Nome:** | **Data di nascita:** |
| **Al momento del fatto in servizio presso la scuola:**<br>(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)**