

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE OLIVELLI PUTELLI		
Indirizzo:	VIA UBERTOSA, 1 25047 DARFO BOARIO TERME		
Telefono:	0364 531091	Fax:	0364 531378
Cod. Ministeriale:	BSIS02700D	Cod. Fiscale:	90020830171
E-mail:	olivelli@itcgolivelli.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			22427
Data effetto:	31/08/2015	Data scadenza:	31/08/2018
Periodo di assicurazione:		31/08/2015 - 31/08/2016	
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)

--

- Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

--

- Eventuali osservazioni

--

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

FIRMARE QUI 

FIRMARE QUI 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
 Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67
 Internet: www.sicurezzaascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaascuola.it

Intermediario:

