DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO

Istituto: DIREZIONE DIDATTICA 2 – SANTARCANGELO DI ROMAGNA (RN)

Cod. Ministeriale: RNEE018005 Cod. Fiscale: 91015260408

EMAIL: rnee018005@istruzione.it Centr. 0541.620920

DATA SINISTRO	ORA	LUOGO
NUM.POLIZZA: 582241359E	DAL 15/12/2024	AL 15/10/2027

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome)_____

nato/a a _____ il _____

al momento del fatto in servizio presso la scuola: _____

(indicare indirizzo del plesso)

COMUNICA QUANTO SEGUE:

DATI DEL DANNEGGIATO (alunno o personale)

COGNOME _____ NOME_____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE Via _____ CAP_____ COMUNE _____ PROV.___

Classe/Sezione _____ plesso_____

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

- che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti):

- che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/la sig./ra (cognome/nome/qualifica)

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

DATA DELLA DENUNCIA _____

FIRMA (DOCENTE RESPONSABILE O DICHIARANTE) _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA: PROT. IN ENTRATA N.° _____ DEL _____

VISTO, IL DIRIGENTE SCOLASTICO: (timbro e firma)

Prof.ssa Silvana Rinaldi _____