# DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

| *ISTITUTO SCOLASTICO* | | | |
|---|---|---|---|
| Intestazione: | **VIA ADUA-SEVESO** | | |
| Indirizzo: | **VIA ADUA 41/43** | | |
| Telefono: | **0362502894** | Fax: | **000000000000000** |
| Cod. Ministeriale: | **MBIC86300B** | Cod. Fiscale: | **83011280159** |
| E-mail: | **MBIC86300B@ISTRUZIONE.IT** | | |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.: | | **ITBSTR03521** | |
| Data effetto: **05/10/2023** | Data scadenza: **05/10/2024** | Periodo di assicurazione: **05/10/2023-05/10/2024** | |
| **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**

**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)**