

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO LOREDANA CAMPANARI		
Indirizzo:	VIA MONTE POLLINO 45 00015 MONTEROTONDO		
Telefono:	06 90085460	Fax:	06 9004032
Cod. Ministeriale:	RMIC88700G	Cod. Fiscale:	97198510584
E-mail:	rmic88700g@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			19981
Data effetto:	12/11/2014	Data scadenza:	12/11/2016
Periodo di assicurazione:		12/11/2015 - 12/11/2016	
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:
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 dall/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 +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67
Internet: www.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

Intermediario:
benacquista
assicurazioni