

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO G.MARCONI		
Indirizzo:	VIA DELLA FIERA 6 N 57021 CAMPIGLIA MARITTIMA		
Telefono:	0565851467	Fax:	0565857764
Cod. Ministeriale:	LIIC81000C	Cod. Fiscale:	81003330495
E-mail:	liic81000c@istruzione.it		

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 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 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)

(Firma dell'Insegnante)