

ISTITUTO PRINCIPALE G.VAILATI
VIA ACHILLE GRANDI 146

 Cap: 00045 Città: **GENZANO DI ROMA** Pr.: (RM)

Tel. 06 9398407 Fax. 06 9363848

Email: liceovailati@tiscali.it

C.F.: Cod. Min.:

NR. POL: INFORTUNI R.C. AIG EUROPE S.A.: 3052

NR. POL. TUTELA GIUDIZIARIA ISI INSURANCE: 20003052

Data effetto:

Data scadenza:

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEI DOCENTI

data Sinistro	ora	luogo
---------------	-----	-------

Il/I 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/NO

che l'alunno/a (cognome e nome)	Nato/a a	il
---------------------------------	----------	----

Residente a (città/paese/CAP)	in via
-------------------------------	--------

Frequentante la classe/sezione/della scuola

Ha subito un infortunio

In data	Alle ore
---------	----------

AL RIGUARDO DICHIARA/NO

Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo

Che al momento dell'infortunio erano presenti i seguenti testimoni (nome/cognome/indirizzo/recapito telefonico):

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

Che l'infortunato/a è stato/a immediatamente assistito/a dal/i Sig.

Che l'infortunato/a è stato/a inviato al Pronto Soccorso di:

Eventuali osservazioni

Il/i sottoscritto/i dichiara/no che, pur essendo presente/i, si è/sono trovato/i nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.
In fede
Luogo e data _____ **Firma** _____ **Firma** _____