

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

Intestazione:	POIRINO		
Indirizzo:	CORSO FIUME, 77		
Telefono:	0119450223	Fax:	0119452955
Cod. Ministeriale:	TOIC857007	Cod. Fiscale:	94043160012
E-mail:	TOIC857007@ISTRUZIONE.IT		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTR02967		
Data effetto:	30/11/2022	Data scadenza:	30/11/2023
Periodo di assicurazione: 30/11/2022-30/11/2023			
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	
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 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  Firma dell'Insegnante