

ISTITUTO SCOLASTICO		
	N. Pol. Infortuni/RC/Assistenza	
	N. Pol. Tutela Giudiziaria	
	Data effetto:	Data scadenza:
	Periodo di assicurazione	

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 (cognome e nome)	Nato/a a	il	
Residente in via	CAP	Città	Prov.
Frequentante la Classe/Sezione della scuola			

HA SUBITO UN INFORTUNIO

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

AL RIGUARDO DICHIARA

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

La presente non esonera dall'obbligo di trasmettere il modulo di denuncia sinistro.

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio. In fede





 (luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)



benacquista
assicurazioni

BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c. - Agenzia Generale
 04100 Latina – Via del Lido, 106 – Tel. 0773 62 981 - Telefax 0773 62 98 35
 N. Iscrizione R.U.I. A000163952 Reg.to ISVAP n. 5 del 16.10.2006 - P.I. 00565010592
www.sicurezzascuola.it - sinistri@sicurezzascuola.it – Numero Verde 800.013.155