

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

<b>ISTITUTO SCOLASTICO</b>			
Intestazione:	A. SCHWEITZER		
Indirizzo:	VIA STATI UNITI		
Telefono:	0875712820	Fax:	0875712839
Cod. Ministeriale:	CBIC856007	Cod. Fiscale:	91055140700
E-mail:	cbic856007@istruzione.it		
N. Pol. Infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:			37757
Data effetto:	01/11/2022	Data scadenza:	01/11/2025
		Periodo di assicurazione: 01/11/2022-01/11/2023	
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:	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** 

**FIRMARE  
QUI** 

(Luogo e Data)

(Firma dell'insegnante)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ugnabue, 2 - 04100 Latina  
Tel +39.0773.457701 - Fax 0773.019867  
Internet: www.sicurezza scuola.it - E-mail: sinistri@sicurezza scuola.it

 **benacquista  
assicurazioni**