

# DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO GOBETTI		
Indirizzo:	VIA TINTORETTO 9		
Telefono:	024456971	Fax:	000000
Cod. Ministeriale:	MIIC8EQ003	Cod. Fiscale:	80199430150
E-mail:	MIIC8EQ003@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza ASSICURATRICE MILANESE	<u>582241296E</u>		
Data effetto:	30/11/2024	Data scadenza:	30/11/2025
Periodo di assicurazione: 30/11/2025			
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)

--

- Che l'infortunato ha abbandonato il posto di lavoro data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

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)

mail: [sinistriscuola@assicuratricemilanese.it](mailto:sinistriscuola@assicuratricemilanese.it)

telefono: +39 059 7479111

Firma del Dirigente  
Prof.ssa Sirignano Gelsomina