

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO N. 5		
Indirizzo:	VIA FIERAMOSCA, 33 09045 QUARTU SANT'ELENA		
Telefono:	070810001	Fax:	070812738
Cod. Ministeriale:	CAIC8AA003	Cod. Fiscale:	92229620924
E-mail:	caic8aa003@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			25181
Data effetto:	17/09/2016	Data scadenza:	17/09/2017
Periodo di assicurazione:	17/09/2016 - 17/09/2017		
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 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 Ligabue, 2 - 04100 Latina

Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67

Internet: www.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

Intermediario:
benacquista
assicurazioni