

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE N.2		
Indirizzo:	VIA SEGANTINI, 31 40133 BOLOGNA		
Telefono:	051 312212	Fax:	051 385297
Cod. Ministeriale:	BOIC812001	Cod. Fiscale:	91153220370
E-mail:	boic812001@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			27756
Data effetto:	13/09/2017	Data scadenza:	13/09/2020
Periodo di assicurazione:	13/09/2017 - 13/09/2018		
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 - 0-100 Latina
Tel +39.0773.36.22.79 - Fax 0773.01.90.67
Internet: www.sicurezzaescuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaescuola.it

Intermediario:
 benacquista assicurazioni