

Modulo 1. Denuncia sinistro – Alunni /Personale scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C.S. ARBE - ZARA

DATI DELLA SCUOLA

PLESSO

Classe

Sez.

Cognome Nome del Docente che denuncia

DATI DEL DANNEGGIATO

Nome

Cognome

Codice Fiscale (se maggiorenne)

Telefono

Indirizzo

Qualifica:

Alunno

Operatore Scolastico : Docente –

Ass.Amm.vo – Coll.Scol.

Luogo e data di nascita

E mail

DATI DEL GENITORE / TUTORE (in caso di danneggiato minorenne)

Nome

Cognome

Codice Fiscale

DESCRIZIONE DEL SINISTRO

Data..... Ora..... e luogo..... di accadimento del sinistro e sommaria descrizione dei fatti.

Eventuale intervento del medico _____ e sue prime valutazioni _____

Data del sinistro

Eventuali testimoni

Vi è stato ricovero?

Data della denuncia

Firma del Docente

Firma del DS e timbro della scuola

Inviare la denuncia di infortunio al più presto in segreteria anche via fax 02-60.73.09.36