

MODULO DENUNCIA SINISTRO

N° POL. INFORTUNI RC/ IAH0000109

Data effetto: 01/01/2008

Data scadenza: 01/10/2010

Data Sinistro		Ora	Luogo	
Cognome		Nome		Cod. Fisc.
Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza	Sesso
Residente a:		Indirizzo		CAP Prov.
Tel.	Mail	Cell.	Telefax	
Qualifica prof.:		Qualifica assicurativa:		
Se studente – Classe – Sezione - Corso:				

SE MINORE

Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà:	Nominativo del 2° genitore
---	----------------------------

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

(in caso di incidente stradale fornire i dati relativi alla controparte allegando copia della constatazione amichevole):

Ambito di accadimento	
Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare?	
Cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?	
In conseguenza a ciò cos'è accaduto?	
Soggetto organizzatore	Soggetto vigilante
Eventuali testimoni:	
Eventuali persone ritenute responsabili dei fatti:	
Tipo di lesione	Sede della lesione
Giorni di prognosi	
L'infortunato è stato ricoverato in ospedale?	Se SI, quale?

Allegati obbligatori:

- Documentazione medica (**TUTTA**) rilasciata dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista semprechè detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Firma dell'Insegnante

Timbro dell'Istituto Scolastico Firma del Dirigente

Inviare al Numero Fax: 0773019879