

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	<b>STATALE COMO ALBATE</b>		
Indirizzo:	<b>PIAZZA IV NOVEMBRE</b>		
Telefono:	<b>031524656</b>	Fax:	<b>031505110</b>
Cod. Ministeriale:	<b>COIC81200T</b>	Cod. Fiscale:	<b>80024900138</b>
E-mail:	<b>coic81200t@istruzione.it</b>		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	<b>ITBSTR03509</b>		
Data effetto:	<b>17/10/2023</b>	Data scadenza:	<b>17/10/2026</b>
		Periodo di assicurazione:	<b>17/10/2024-17/10/2025</b>
<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>	
<b>Il sottoscritto</b>	<b>Nome:</b>	<b>Data di nascita:</b>	
<b>Cognome:</b>			
<b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b> (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)			

**COMUNICA CHE L'ALUNNO/A**

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>	<b>Residente in Via:</b>			
<b>CAP:</b>	<b>Città:</b>	<b>Prov:</b>	<b>Classe/sezione:</b>		

**HA SUBITO UN INFORTUNIO**

<b>In data:</b>		<b>Alle ore:</b>	
-----------------	--	------------------	--

**AL RIGUARDO DICHIARA**

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):</b>				<b>Recapito Tel:</b>	

- 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)



\_\_\_\_\_ (Firma dell'Insegnante)