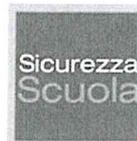




CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE



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

<i>ISTITUTO SCOLASTICO</i>			
Intestazione:	CASTEL GANDOLFO		
Indirizzo:	VIA UGO LA MALFA 3		
Telefono:	069361285	Fax:	0000000000
Cod. Ministeriale:	RMIC8A500N	Cod. Fiscale:	90049360580
E-mail:	rmic8a500n@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:		37935	
Data effetto:	24/10/2022	Data scadenza:	24/10/2025
		Periodo di assicurazione: 24/10/2023-24/10/2024	
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 dall/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

(Luogo e Data)

FIRMARE
QUI

(Firma dell'Insegnante)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
 Tel +39.0773.457901 - Fax 0773.019867
 Internet: www.sicurezzaascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaascuola.it

