IGS
CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

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

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	VIA BOCCEA 590		
Indirizzo:	VIA BOCCEA, 590		
Telefono:	0661568029	Fax:	0661567511
Cod. Ministeriale:	rmic84400n	Cod. Fiscale:	97200630586
E-mail:	rmic84400n@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:		ITBSTR03407	
Data effetto: 13/10/2023	Data scadenza: 13/10/2026	Periodo di assicurazione: 13/10/2023-13/10/2024	
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 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 - 04100 Latina
Tel +39.0773.457901 - Fax 0773.019667
Internet: www.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

benacquista assicurazioni