

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

|  |                          |   |                  |
|--|--------------------------|---|------------------|
| <b>ISTITUTO SCOLASTICO</b>   |                          |   |                  |
| Intestazione:  | GIANNI RODARI            |   |                  |
| Indirizzo:   | VIA R. RUFFILLI SNC      |   |                  |
| Telefono:  | 0873346226               | Fax:  |                  |
| Cod. Ministeriale:   | CHIC84300N               | Cod. Fiscale:                                   | 92001730693      |
| E-mail:  | chic84300n@istruzione.it |   |                  |
| N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:  | ITBSTR16879              |   |                  |
| Data effetto:  | 26/01/2025               | Data scadenza:                                  | 26/01/2028       |
|  |                          | Periodo di assicurazione: 26/01/2025-26/01/2026 |                  |
| Data Sinistro:   | Ora:                     | Luogo:  |                  |
| Il sottoscritto<br>Cognome:  |                          | Nome:   | Data di nascita: |
| Al momento del fatto in servizio presso la scuola:<br>(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

\_\_\_\_\_ (Luogo e Data)

FIRMARE  
QUI

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