

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

**ISTITUTO SCOLASTICO**

Intestazione:	L.DA VINCI		
Indirizzo:	VIA LEONARDO DA VINCI 21		
Telefono:	0995901039	Fax:	
Cod. Ministeriale:	TAIC810003	Cod. Fiscale:	90121600739
E-mail:	TAIC810003@ISTRUZIONE.IT		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:	ITBSTR23484		
Data effetto:	22/12/2025	Data scadenza:	22/12/2026
Periodo di assicurazione: 22/12/2025-22/12/2026			
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** 

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

**FIRMARE  
QUI** 

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