

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

ISTITUTO SCOLASTICO					
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO N. 20				
Indirizzo:	VIA DANTE , 3 40125 BOLOGNA				
Telefono:	051347890	Fax:	051302456		
Cod. Ministeriale:	BOIC87900B	Cod. Fiscale:	91360610371		
E-mail:	boic87900b@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:					21920
Data effetto:	15/09/2015	Data scadenza:	15/09/2016	Periodo di assicurazione:	15/09/2015 - 15/09/2016
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

FIRMARE
QUI ▶

(Luogo e Data)

FIRMARE
QUI ▶

(Firma dell'Insegnante)

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67
Internet: www.sicurezza scuola.it - E-mail: sinistri@sicurezza scuola.it

Intermediario:
benacquista
assicurazioni