

OGGETTO: Denuncia di infortunio

ALUNNO / INSEGNANTE / COLL. SCOL. / ASS. AMM.VO (cancellare l'ipotesi che non ricorre)

ALUNNO/A Cognome e nome _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ p.zza/via _____

Tel. _____ E-MAIL _____ Classe /sezione _____

scuola infanzia/ primaria/secondaria di 1° gr. di _____

PERSONALE Cognome e nome _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ p.zza/via _____

Tel. _____ E-MAIL _____ Qualifica _____

scuola infanzia /primaria/secondaria di 1° gr. di _____

DATA INFORTUNIO _____ **Luogo** _____ **ora** _____

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

Modalità _____

Testimoni _____

PRIME CURE PRESTATE

Soccorritori _____

Luogo _____

Accompagnatori _____

INTERVENTO DELLA FAMIGLIA

La famiglia è stata avvertita? _____ Quando? _____

Familiare intervenuto _____

L'infortunato si è allontanato dalla scuola? _____ Quando? _____

In caso di infortunio del personale docente ed ATA, lo stesso si impegna a presentare tempestivamente all'Ufficio di Segreteria ogni comunicazione che dovesse ricevere dall'INAIL di Bergamo

Data _____

FIRMA dell'infortunato/a (del genitore in caso di alunno/a)

FIRMA DEL/LA DICHIARANTE

AUTORIZZAZIONE

Si autorizza codesto Istituto Comprensivo alla denuncia on-line, alla Compagnia di Assicurazione BENACQUISTA di Latina, dell'infortunio in oggetto

Data _____

FIRMA dell'infortunato/a (del genitore in caso di alunno/a)