

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	DIREZIONE DIDATTICA 2° CIRCOLO A. BENCI		
Indirizzo:	VIA BERNARDINA, 35 57125 LIVORNO		
Telefono:	0586890314	Fax:	0586219735
Cod. Ministeriale:	LIEE00200G	Cod. Fiscale:	80011620491
E-mail:	liee00200g@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	30102		
Data effetto:	13/11/2018	Data scadenza:	13/11/2021
Periodo di assicurazione:	13/11/2018 - 13/11/2019		
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)

Giunzione 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.sicurezzaascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaascuola.it

Intermediario:
 benacquista assicurazioni