

Denuncia di Infortunio e/o danno

Pluriass Scuola

SERVIZIO SINISTRI (N. TEL. DEDICATO) 0321 - 629208

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

TEL.

FAX

E.MAIL

COMPILARE STAMPATELLO

(o danneggiato)

1)-a) cognome e nome dell'infortunato _____ Alunno
Docente
Altro

di un **GENITORE** (Legale Tutore): _____ classe _____

b) data e luogo di nascita dell'infortunato: _____

c) **COD. FISCALE INFORTUNATO (SEMPRE)** _____

COD.FISCALE O LUOGO E DATA NASCITA GENITORE (se alunno minorenni) _____

d) domicilio: cap _____ comune: _____ Prov: _____
via: _____
TELEFONO _____ **TELEFONO CELLULARE** _____

2)-a) data dell'infortunio: giorno _____ mese _____ anno _____ ORA _____

b) durante quale **attività** scolastica: _____

c) **luogo** dell'infortunio: _____

d) come è avvenuto l'infortunio o il danno (**brevemente**): _____

e) danni, lesioni o altre conseguenze: _____

3)- denunciati (Pers.addetto alla vigilanza o altri): _____

4)- prime cure prestate da Pronto Soccorso di: _____
oppure da: _____

5)- l'infortunato è stato ricoverato in Ospedale? Se sì, località: _____

SI AUTORIZZA L'USO DEI DATI QUI PRESENTI NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE (L. 196/03)

Timbro Scuola _____