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

Alunno ☐
Docente ☐
Altro ☐

(o danneggiato)

1)-a) cognome e nome dell'infortunato _____

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 minorenne)_____

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)- denuncianti (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_____