

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

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO PAPA GIOVANNI XXIII		
Indirizzo:	PIAZZA MOLINERI 9 12038 SAVIGLIANO		
Telefono:	0172-715522	Fax:	0
Cod. Ministeriale:	CNIC85200G	Cod. Fiscale:	95022920045
E-mail:	cnic85200g@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			24991
Data effetto:	14/09/2016	Data scadenza:	14/09/2019
Periodo di assicurazione:		14/09/2018 - 14/09/2019	
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)

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.sicurezzaascuola.it](http://www.sicurezzaascuola.it) - E-mail: [sinistri@sicurezzaascuola.it](mailto:sinistri@sicurezzaascuola.it)

Intermediario:  
 **benacquista**  
assicurazioni