

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

<b>ISTITUTO SCOLASTICO</b>			
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO BARTOLOMEO LORENZI		
Indirizzo:	VIA PIO BRUGNOLI 36 37022 FUMANE		
Telefono:	045 7701272	Fax:	045 6801405
Cod. Ministeriale:	VRIC83200V	Cod. Fiscale:	80011860238
E-mail:	vric83200v@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			26671
Data effetto:	18/12/2016	Data scadenza:	30/09/2019
Periodo di assicurazione:		30/09/2017 - 30/09/2018	
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto		Nome:	
Cognome:	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, 3 - 01100 Latina  
Tel: 0773.66.23.78 - Fax: 0773.61.99.67  
E-mail: [info@igscuola.it](mailto:info@igscuola.it) - [latina@igscuola.it](mailto:latina@igscuola.it)

Intermediario:  
 benacquista assicurazioni