

# DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO 2 DAMIANI		
Indirizzo:	VIA PRATI GRASSI 76 23017 MORBEGNO		
Telefono:	0342610837	Fax:	0342600315
Cod.Ministeriale:	SOIC823003	Cod.Fiscale:	91016190141
E-mail:	soic823003@istruzione.it		
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
<b>Il sottoscritto</b> <b>Cognome Nome:</b> <b>Al momento del fatto in servizio presso la scuola:</b> (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)			

## COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:		Nome:	
Nato a:		Residente in Via:	
CAP:	Città:	Prov:	Classe/sezione:

## HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data:	Alle ore:
----------	-----------

### AL RIGUARDO DICHIARA

1) Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

--	--

2) Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

--	--

3) Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:	
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):		Recapito Tel:

4) 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.