

RELAZIONE SULL'INFORTUNIO ACCADUTO AI DANNI DELL'ALUNNO/A

Cognome e nome dell'assicurato/infortunato

nato/a il

a

Prov.

residente a

Prov.

in Via

n.

Tel.

frequentante la Scuola

Cl.

Sez.

Insegnanti della classe:

Cognome e nome di chi esercita la potestà familiare:

1- Elementi Oggettivi

1.1 Data dell'evento: l'infortunio è accaduto il giorno

alle ore

1.2 Luogo dell'evento: l'infortunio si è verificato

1.3 Descrizione particolareggiata del modo in cui l'evento è accaduto

1.4 Precisare il nome dell'adulto tenuto alla sorveglianza

Se al momento dell'incidente non era presente motivare l'assenza e dichiarare a chi erano stati affidati gli alunni

1.5 Descrivere in che modo sono stati prestati i primi soccorsi

1.6 Precisare l'eventuale uscita anticipata (ed orario) dell'alunno/personale scolastico

1.7 Precisare se sono seguiti interventi di pronto soccorso, ricovero ospedaliero, interventi chirurgici

1.8 Danni accertati ed eventuali lesioni riportate

1.9 Precisare se, a seguito dell'infortunio, l'alunno/a si è assentato da scuola. Se si specificare il numero dei giorni di assenza e il giorno del rientro

1.10 Allegati relativi ai danni subiti :

2- Elementi Soggettivi

2-1 Dati anagrafici eventuali responsabili diretti:

2-2 Dati anagrafici eventuali responsabili indiretti:

2-3 : Dati anagrafici eventuali testimoni

3- Assicurazione (solo per il personale scolastico)

Il sottoscritto/a

nato/a il

a

residente a

in Via

n.

Tel.

dichiara di essere assicurato presso la soc. assicuratrice

n. polizza

N.B. La presente ha valore anche come denuncia RCT, stipulata da questa Direzione Didattica, in relazione alla copertura di eventuali danni per i quali la Pubblica Amministrazione sia ritenuta civilmente responsabile.

Modena

(firma)

VISTO: Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Maria Tedeschi)