



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: https://icdiazmeda.edu.it/

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



MODULO DENUNCIA SINISTRO

Protocollo _____

Data _____

Riservato all'Ufficio Segreteria

OGGETTO: dichiarazione di infortuni.

Il/La sottoscritto/a _____

al momento del fatto in servizio presso il plesso _____

c o m u n i c a

che l'alunno/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ residente a _____ in _____

telefono n. _____ frequentante la classe _____ sezione _____

plesso _____, in data ____/____/____ alle ore ____:____ si è

infortunato/a,

• in che modo è avvenuto l'infortunio? _____

• dove è avvenuto l'infortunio? _____

• che attività stava svolgendo l'infortunato/a? _____

• al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare? _____

• che è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? _____

• in conseguenza di ciò cosa è avvenuto? _____

• che tipo di lesione ha causato l'infortunio? _____

• qual'è la sede della lesione? _____

• quando e dove sono state prestate le prime cure? _____

• l'infortunato/a è stato/a immediatamente assistito/a dal sig./ins./prof. _____

- o che pur essendo presente/i si è/sono trovato/i nell'impossibilità di prevenire tale incidente;
o è stata avvisata la famiglia.

Meda, _____

In fede _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria Cereda