



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO RELATIVO AGLI ALUNNI

POLIZZA N° 27409 Benacquista Assicurazione

DECORRENZA POLIZZA: dal 12/09/2017 al 12/09/2020

ATTENZIONE: Si rammenta che vi sono 30 giorni di tempo per effettuare la denuncia di sinistro, si raccomanda pertanto di inviare il presente modulo completo di tutti i dati richiesti.

I dati mancanti non ci consentono l'inoltro tempestivo alla Compagnia Assicuratrice della denuncia medesima.

Data del Sinistro: __ / __ / __

Data della Denuncia: __ / __ / __

DANNEGGIATO

Cognome: _____ Nome : _____

Data di nascita: __ / __ / ____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

GENITORE

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo (Via, Piazza ecc.) _____ C.A.P. _____

Comune: _____ Prov. _____

Telefono (dato essenziale) _____ FAX: _____

Definizione delle circostanze e della dinamica del sinistro

a) Descrizione del luogo esatto in cui è avvenuto il sinistro:

b) Localizzazione dell'insegnante rispetto al punto del sinistro:

c) Attività in corso da parte della scolaresca:

d) Istruzioni impartite dal docente alla scolaresca per l'attuazione dell'iniziativa in corso:



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Codice fiscale 91502130155
Codice meccanografico MIIC8CA003
E mail uffici: ufficiopersonale@icinzago.gov.it
ufficiodidattico@icinzago.gov.it



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale di Inzago

Via Giacomo Leopardi – 20065 Inzago (MI)

Tel. 02/9549953 – 02/9549069 - Fax 02/95314043

E mail: miic8ca003@istruzione.it – Posta elettronica certificata: MIIC8CA003@PEC.ISTRUZIONE.IT - Web: www.icinzago.gov.it

e) *Comportamento dell'alunno rispetto alle disposizioni ricevute:*

f) *Testimoni presenti al momento del sinistro (adulti e alunni):*

g) *Meccanica dettagliata del sinistro:*

h) *Sintomi e atteggiamenti dell'infortunato a seguito del fatto:*

i) *Prime cure prestate:*

l) *L'alunno/a infortunato è stato affidato/a:*

☐ *al personale medico alle ore* _____

☐ *ai familiari alle ore* _____

☐ *all'ambulanza alle ore* _____

☐ *all'ospedale alle ore* _____

Inzago, / Bellinzago L. __/__/____

L'insegnante _____

Vi trasmettiamo i seguenti Certificati Medici e/o note spese : _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Marco Gioachino Cremonesi



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



PER LA SCUOLA + COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Codice fiscale 91502130155
Codice meccanografico MIIC8CA003
E mail uffici: ufficiopersonale@icinzago.gov.it
ufficiodidattico@icinzago.gov.it

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

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO DI INZAGO		
Indirizzo:	VIA G. LEOPARDI 20065 INZAGO		
Telefono:	02 9549953	Fax:	02 95314043
Cod. Ministeriale:	MIIC8CA003	Cod. Fiscale:	91502130155
E-mail:	miic8ca003@istruzione.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			27409
Data effetto:	12/09/2017	Data scadenza:	12/09/2020
Periodo di assicurazione:		12/09/2018 - 12/09/2019	
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 dall/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.sicurezzascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

Intermediario:
benacquista
assicurazioni