

## Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

Alunno  Docente  Altro  Classe \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

\*cognome e nome **INFORTUNATO/DANNEGGIATO** \_\_\_\_\_

\*data/luogo di nascita \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

\*cognome e nome **GENITORE** \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

\*domicilio: via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

\*comune: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

\*telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\*data dell'infortunio: giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

\*durante quale **attività** scolastica: \_\_\_\_\_

\***luogo** dell'infortunio: \_\_\_\_\_

\*come è avvenuto l'infortunio o il danno (**brevemente**):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*danni, lesioni o altre conseguenze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*denuncianti (Pers.addetto alla vigilanza o altri): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*prime cure prestate da Pronto Soccorso di: \_\_\_\_\_

\*oppure da: \_\_\_\_\_

\*l'infortunato è stato ricoverato in Ospedale? Se sì, località: \_\_\_\_\_