

Al Dirigente Scolastico
Del 1° Istituto Comprensivo
"De Amicis-Milizia"

Oria

DENUNCIA DA COMPILARE A CURA DELL'INSEGNANTE PRESENTE AL FATTO E CONSEGNARE IN SEGRETERIA AL FINE DI EFFETTUARE DENUNCIA ON LINE ALL' INPS E ALL' ASSICURAZIONE.

Oggetto: **Relazione infortunio**

In relazione all'infortunio occorso dell'ins _____

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso _____

in qualità di _____ di codesta Istituzione Scolastica.

DICHIARA:

- DATI INFORTUNIO /DANNEGGIATO

COGNOME E NOME:			
NATO A :			
RESIDENTE A:			
VIA :		N°	
RECAPITI TELEFONICI FAMIGLIA	CASA:	CEL:	

- DATI DEL SINISTRO

DATA DEL SINISTRO:		ORA:		
DOCENTE	HA ABBANDONATO	SI	ALLE ORE:	NO
<i>Indicare le modalità con cui si sono prestate le prime cure, se è stata avvertita la famiglia e se è stato necessario richiedere l'intervento del Pronto Soccorso, con o senza ricovero; inoltre ,indicare se l'alunno si è allontanato da scuola e se è stato accompagnato a casa o all'ospedale e da chi:</i>				
LUOGO DELL'INFORTUNIO: (aula, corridoio, palestra, laboratorio, cortile ecc):				
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADIMENTO: <i>In che modo è avvenuto l'infortunio?</i>				

- IN PARTICOLARE

Dove era la docente al momento dell'infortunio?

Che tipo di attività stava svolgendo la docente al momento dell'infortunio?

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare la docente?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, che cosa è accaduto all'ins?

Natura della lesione	Sede della lesione
----------------------	--------------------

- INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE presente al fatto:
COGMONE E NOME:

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico)

COMUNE (Prov., cap.)

TEL. / CELL.

SECONDO TESTIMONE presente al fatto:
COGMONE E NOME:

INDIRIZZO(via, piazza ecc... e numero civico)

COMUNE(Prov., cap.)

TEL. / CELL.

Firma dei testimoni/del testimone

Data _____

Firma del docente
