

PLURIASS

Sinistri

TELEFONO 0321 629208

## Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

ISTITUTO COMPRESIVO "PIOLA TORRE" VIA TORREVECCHIA 793-RM

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: \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA L'USO DEI DATI QUI PRESENTI NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE  
art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27/04/16 e successive modificazioni e integrazioni

Timbro Scuola \_\_\_\_\_