PLURIASS
Sinistri

TELEFONO 0321 629208

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:_____

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_____