

# Denuncia di Infortunio e/o danno

## *Pluriass Scuola*

**SERVIZIO SINISTRI (N. TEL. DEDICATO) 0321 - 629208**

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

---

---

TEL.

FAX

E.MAIL

### COMPILARE STAMPATELLO

(o danneggiato)

1)-a) cognome e nome dell'infortunato \_\_\_\_\_ Alunno   
Docente   
Altro

di un **GENITORE** (Legale Tutore): \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

b) data e luogo di nascita dell'infortunato: \_\_\_\_\_

c) **COD. FISCALE INFORTUNATO (SEMPRE)** \_\_\_\_\_

**COD.FISCALE O LUOGO E DATA NASCITA GENITORE (se alunno minorenni)** \_\_\_\_\_

d) domicilio: cap \_\_\_\_\_ comune: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_  
via: \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO CELLULARE** \_\_\_\_\_

2)-a) data dell'infortunio: giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

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

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

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

e) danni, lesioni o altre conseguenze: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3)- denunciati (Pers.addetto alla vigilanza o altri): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4)- prime cure prestate da Pronto Soccorso di: \_\_\_\_\_  
oppure da: \_\_\_\_\_

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

**SI AUTORIZZA L'USO DEI DATI QUI PRESENTI NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE (L. 196/03)**

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