***Denuncia di Infortunio e/o danno***

**Pluriass Scuola**

 **SERVIZIO SINISTRI (N. TEL. DEDICATO) 0321 32054 - 629208**

**ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE**

# Istituto Comprensivo “PIERO FORNARA” di Carpignano Sesia

**Via Ettore Piazza, 5 – 28064 Carpignano Sesia (NO)**

**TEL. 0321/825185 FAX 0321/824586 E-MAIL noic80700p@istruzione.it**

## COMPILARE STAMPATELLO

Alunno x

(o danneggiato) Docente 

**1)-a)** cognome e nome **dell’infortunato**  \_\_ Altro 

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

1. Data e luogo di nascita dell’infortunato:
2. Codice fiscale infortunato (SEMPRE):
3. Cod. fisc. del genitore(se minorenne) nato a
4. Domicilio: Cap comune: Prov:
5. Via: telefono:

**2) -a)** data dell’infortunio: giorno mese anno ORA

1. Durante quale **attività** scolastica:

1. **Luogo** dell’infortunio:

1. Come è avvenuto l’infortunio (brevemente):

1. Danni, lesioni o altre conseguenze:

**3) -** denuncianti (Pers.addetto alla vigilanza o altri):

**4) -** prime cure prestate da Pronto Soccorso di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure da: Il docente accompagnava in bagno il bambino, invitandolo a sciacquarsi il labbro e la bocca. Il sanguinamento è subito cessato e il bambino nelle ore scolastiche successive non ha lamentato dolore neanche su espressa richiesta del docente.

**5) -** l’infortunato è stato ricoverato in Ospedale? No Se sì, località: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Docente Timbro Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**