

Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE
ISTITUTO COMPRENSIVO N. 9 "BEATRICE PORTINARI"
VIA LUGHESE, 113 – SAN MARTINO VILLAGRANCA – 47122 FORLÌ (FC)
TEL. 0543 36221 MAIL FOIC820007@ISTRUZIONE.IT

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: _____

FIRMA DENUNCIANTE

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

ISTITUTO COMPRENSIVO N. 9 "BEATRICE PORTINARI"
VIA LUGHESE, 113 – 47122 FORLÌ (FC) TEL. 0543-36221 FOIC820007@ISTRUZIONE.IT