

## Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 9 "BEATRICE PORTINARI"**

VIA LUGHESE, 113 – SAN MARTINO VILLAFRANCA – 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