

Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE

ISTITUTO COMPRENSIVO G. CARDUCCI OLGINATE

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 _____

IST. COMPRENSIVO STATALE "G. CARDUCCI
DI OLGINATE - GARLATE - VALGREGHENTINO
Via Redaelli - 20854 OLGINATE (LO)
tel. 0341/691423 - fax 0341/652239