

Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE



ISTITUTO COMPRENSIVO 2

L. C. RAVARINO

Via Roma, 129 - 41017 RAVARINO (MO)

Tel. 059.800881 - Fax 059.800853

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 _____