|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://lh5.googleusercontent.com/TTfkAq51XHq9HRYzMG_1IKwoCFq0rnmCmQbFZx_66ZaHleeYPpyzrmJ1Svt8Zq6Ryxb17TosAEktVRJKDdGC6jlgqUN4s3or2-ecj46aVM3oYpgBYL4EtWeXIBd6b0sJArpNIBV-_2nuv3M_DPdwwQ | *Ministero dell’Istruzione e del Merito**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio***ISTITUTO COMPRENSIVO “NELSON MANDELA”**Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° gradoVia dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.itwww.icnelsonmandela.edu.it | https://lh5.googleusercontent.com/lw557pbmbAT2tv-JdhstS4DDtFWlm_MzcyI0b4_Ix1MBwrIR25MuFbjc0mcUnEZBSDEFvDRbIPvZazc3oF4Qqn-Jf0Br1fWakz1lKF05CWGcqAXZvwDtvKJXD6JvJ2drAEW1yDKuUNJUsrK2iL5bAw |

**Denuncia di infortunio - alunni**

**a cura dell’insegnante presente al fatto, da consegnare in segreteria per effettuare denuncia on line. Dati infortunato/danneggiato:**

|  |
| --- |
| **INFORTUNATO** |
| **Cognome e nome:** |  | **Classe:** |
| **NATO A:**  |  | **IL** |
| **RESIDENTE in:**  |  | **CAP** |
| **VIA:**  |  | **N°** |
| **Codice fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nominativo dei genitori ( se separati indicare il nome del genitore cui il minore è affidato)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome:** |  |
| **Codice fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cognome e nome:** |  |
| **Codice fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Recapiti telefonici di famiglia:** | **casa**  | **cell** |
| **DATI DEL SINISTRO** |  |
| **DATA:**  | **ORA:**  | **LUOGO DI ACCADIMENTO:** |  |
| **TESTIMONI PRESENTI** | 1) COGNOME E NOME INDIRIZZO CITTA’ CAP 2) COGNOME E NOME INDIRIZZO CITTA’ CAP |  |
| **DESCRIZIONE DELL’INCIDENTE ACCADUTO** |  |
| **In che modo è avvenuto l’infortunio?** **Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenutol’infortunio?** |  |
| **LESIONI FISICHE e/o DANNI MATERIALI RISCONTRATI DALDOCENTE** |  |
|  |  |
| **E’stato necessario l’immediato intervento dei sanitari (intervento del 118)? SI NO** |  |
| **L’infortunato ha abbandonato il luogo di lavoro SI alle ore NO** |  |
| **DOCUMENTAZIONE MEDICAALLEGATA** |  |
| **Certificato Medico rilasciato da PRONTO SOCCORSO MEDICO CURANTE** **Esiste altra documentazione medica? SI NO** **(in caso dirisposta affermativa allegare documentazione precisando numero e tipologia dei documenti) N° E TIPO DOCUM.** |  |

**Data: Firma del docente dichiarante**

**Firma testimone/i:**