

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DEL LAVORATORE
La presente non esonera l'Istituto Scolastico dalla trasmissione del
MODULO DENUNCIA SINISTRO a cura degli Uffici di Segreteria

ISTITUTO COMPRENSIVO "DUILIO CABELLOTTI" via della Pineta, 2 00040 Rocca Priora (RM) Tel. 06 94074012 – Fax. 06 9472273 Cod. Mec. RMIC8AP00T			
Il sottoscritto	Cognome	Nome	data di nascita
Residente in			
Al momento dell'infortunio era in servizio presso la scuola		(indicare l'indirizzo della sede/plesso) dell'Istituzione Scolastica	

COMUNICA di aver subito infortunio	In data	Alle ore	Luogo in cui è avvenuto l'infortunio
------------------------------------	---------	----------	--------------------------------------

AL RIGUARDO DICHIARA:

- Che al momento dell'infortunio erano presenti i seguenti testimoni:

Cognome	Nome	Telefono	Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)

Descrizione dell'accaduto da parte dei testimoni:

- Eventuali persone responsabili dei fatti:

Cognome	Nome	Telefono	Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti specificando:

al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare	
cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio	
di conseguenza cosa è accaduto	
Descrizione:	

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

Cognome	Nome	Telefono	Indirizzo completo (via/cap/città/prov.)

- Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di
- Tipo di lesione riportata e sede della lesione

(luogo)

(data)

Firma del lavoratore

Firma Testimoni:


