

Al Dirigente Scolastico
Del 1° Istituto Comprensivo
"De Amicis-Milizia"

Oria

DENUNCIA DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE PRESENTE AL FATTO E CONSEGNARE IN SEGRETERIA AL FINE DI EFFETTUARE DENUNCIA ON LINE ALL' INPS E ALL' ASSICURAZIONE.

Oggetto: **Relazione infortunio**

In relazione all'infortunio occorso al_ dipendente _____

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso _____

in qualità di _____ di codesta Istituzione Scolastica.

DICHIARA:

- DATI INFORTUNIO /DANNEGGIATO

COGNOME E NOME:			
NATO A :		L:	
RESIDENTE A:			
VIA :		N°	
RECAPITI TELEFONICI FAMIGLIA	CASA:	CEL:	

- DATI DEL SINISTRO

DATA DEL SINISTRO:		ORA:		
DIPENDENTE	HA ABBANDONATO	SI	ALLE ORE:	NO
<i>Indicare le modalità con cui si sono prestate le prime cure, se è stata avvertita la famiglia e se è stato necessario richiedere l'intervento del Pronto Soccorso, con o senza ricovero; inoltre ,indicare se l'alunno si è allontanato da scuola e se è stato accompagnato a casa o all'ospedale e da chi:</i>				
LUOGO DELL'INFORTUNIO: (aula, corridoio, palestra, laboratorio, cortile ecc):				
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADIMENTO: <i>In che modo è avvenuto l'infortunio?</i>				

- IN PARTICOLARE

Dove era dipendente al momento dell'infortunio?

Che tipo di attività stava svolgendo dipendente al momento dell'infortunio?

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare dipendente?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, che cosa è accaduto?

Natura della lesione	Sede della lesione
----------------------	--------------------

- INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE presente al fatto:
COGMONE E NOME:

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico)

COMUNE (Prov., cap.)

TEL. / CELL.

SECONDO TESTIMONE presente al fatto:
COGMONE E NOME:

INDIRIZZO(via, piazza ecc... e numero civico)

COMUNE(Prov., cap.)

TEL. / CELL.

Firma dei testimoni/del testimone

Data _____

Firma del dipendente
