

Denuncia di Infortunio e/o danno

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "LAZZARO SPALLANZANI"
VIA SOLIMEI N. 23 – 41013 CASTELFRANCO EMILIA (MO)
C.F. 80010590364 - e-mail: mois011007@istruzione.it - Web-site: www.istas.mo.it

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 _____