

Al Dirigente Scolastico dell'istituto Comprensivo Statale I.C.N. 2 SANT' AGATA DE' GOTI
COMUNICAZIONE/DENUNCIA INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a _____ ^{nome} _____ ^{manant} _____, Docente
 in servizio presso il plesso _____ dipendente da questo Istituto

DICHIARA AVVENUTO INFORTUNIO

il giorno _____ alle ore _____ Nel plesso _____
cognome
 all'alunno/a _____ della classe _____
via/viale/...
 nat a _____ il _____ Residente in _____

Luogo dell'evento: _____

Via/Viale/Piazza
 Indirizzo: _____

Nazione _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____

Infortunio in itinere		Incidente con mezzo di trasporto		Incidente stradale	Incidente ferroviario	Incidente aereo	Incidente navale	Altro
SI	NO	SI	NO					

Data evento	Alle ore	Durante quale ora di lavoro	L'infortunato ha abbandonato il lavoro			Giorno	Alle ore
			SI		NO		

Giorno festivo		Durante il turno di notte		Il datore di lavoro ha saputo del fatto il	Il datore di lavoro era presente		Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità	
SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO

In che modo è avvenuto l'infortunio (breve descrizione)

Dove è avvenuto l'infortunio?								
Che tipo di lavorazione stava svolgendo?								
Natura lesione	Ferita	Frattura	Contusione	Lussazione distorsione distrazione	Lesioni da sforzo	Corpi estranei	Lesioni da altri agenti	AltFà(specifcare)
Es* mano destra, giede elnkro, oochlo desoo,								
Sede lesione								
Era il suo lavoro consueto?			SI				NO	
Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore/studente?								
Cure prestate nell'immediato								

Sezione 3 (eventuali testimoni)					
Testimone 1					
Cognome				Nome	
Telefono				e-mail	
Testimone 2					
Cognome				Nome	
Telefono				e-mail	
La famiglia è stata avvisata		SI		NO	
				Se sì, a che ora?	
Data della denuncia del docente/lavoratore:					

Firma del docente/lavoratore

Visto: Il Dirigente Scolastico
Elisabetta Di Maio