

Istituto Comprensivo Statale “Amedeo Moscati”

AMBITO SA-26

Scuola dell’Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I° grado Via della Repubblica – 84098PONTECAGNANO FAIANO(SA)

Tel. 089201032 – [www.icmoscati.edu.it](http://www.icmoscati.edu.it/)

e-mail SAIC88800V@PEC.ISTRUZIONE.IT/ saic88800v@istruzione.it C.F.80028930651

**DENUNCIA DI INFORTUNIO – PERSONALE……………………………….**

**Oggetto: Denuncia di infortunioPERSONALE…………………………………………..**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. AMEDEO MOSCATI PONTECAGNANO FAIANO**

In relazione all'infortunio occorso al/la sottoscritto/a

……………………………………………………………………………………….personale

docente/ata/AE…………………………………………………………………………………in servizio presso la scuola……………………………..,………………………..Plesso di……………………………………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a comunica quanto segue:

1. Luogo in cui è accaduto l'infortunio:...................................…………..…………………….................................

2. Data e oria in cui è accaduto l’infortunio……………………………………………………………………………………………..

1. Descrizione delle circostanze in cui è avvenuto l'infortunio, delle cause e delle conseguenze:

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

1. Indicazione degli accorgimenti adottatiper impedire che il fatto si verificasse

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

1. Altri soggetti presenti al momento dell'infortunio:

............................................, .....................................……………, ………………………………………………………..

1. Indicare se è stato richiesto l'intervento del pronto soccorso, se vi è stato ricovero ospedaliero:

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

...........................................................................................

Il/la sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite sono conformi al vero e ne assume la piena responsabilità.

data ………………………….

Soggetto coinvolto Firma ……………………………………………………………………………………

Testimoni Firma………………………………………………………………………………………………