

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Magistrale "T. Ciceri"  
Via Carducci n. 9  
22100 COMO

**Oggetto: Denuncia di sinistro**

Cognome e nome del danneggiato/a \_\_\_\_\_ Cl. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Professione attuale \_\_\_\_\_

Cognome (genitore) \_\_\_\_\_ Nome (genitore) \_\_\_\_\_  
(Se alunno/a minore ne compilare questi campi)

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Descrizione dell'infortunio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Infortunio avvenuto in data: \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Luogo dell'infortunio: \_\_\_\_\_

Prime cure prestate: \_\_\_\_\_

Da chi? \_\_\_\_\_ quando? \_\_\_\_\_

Testimoni \_\_\_\_\_

L'infortunato ha abbandonato il lavoro no  si  ore \_\_\_\_\_

Struttura ospedaliera \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Data denuncia di infortunio comunicato alla scuola: \_\_\_\_\_

(datare al momento della consegna in segreteria)

Firma

\_\_\_\_\_

VISTO  
Il Dirigente Scolastico  
Dott. Nicola D'Antonio