

## Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE  
**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 9 "BEATRICE PORTINARI"**  
 VIA LUGHESE, 113 – SAN MARTINO VILLAFRANCA – 47122 FORLÌ (FC)  
 TEL. 0543 36221 MAIL FOIC820007@ISTRUZIONE.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

**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 9**  
**BEATRICE PORTINARI**  
 VIA LUGHESE, 113 – 47122 FORLÌ (FC)  
 TEL. 0543-36221 FOIC820007@ISTRUZIONE.IT