

**Ministero della Pubblica Istruzione**

Istituto Comprensivo di Zelo Buon Persico

Via F.lli Cervi 1 – 26839 Zelo Buon Persico

Tel: 02 90659917 Fax: 02 91767620

C.F. 92503580158 – Cod. Mecc. LOIC805006

Sito: [www.iczelobp.gov.it](http://www.iczelobp.gov.it)

e-mail: [LOIC805006@istruzione.it](mailto:loic805006@istruzione.it) , [LOIC805006@pec.istruzione.it](mailto:LOIC805006@pec.istruzione.it)

**MOD. C - DENUNCIA DI INFORTUNIO – DOCENTI/ATA**

**Al dirigente scolastico**

**dell’I.C. di Zelo Buon Persico**

## Oggetto: Denuncia di infortunio

In relazione all'infortunio occorso al docente/ATA ……………………………………………………………………………………………, scuola ……………………………………………………………….….), in data ……………………………..……………………... alle ore ……………

Il/La sottoscritto/a docente/ATA………………………………… …………………………………………………… comunica quanto segue:

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

2) Descrizione delle circostanze in cui è avvenuto l'infortunio, delle cause e delle conseguenze:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………

4) Altri insegnanti e/o operatori scolastici presenti al momento dell'infortunio:

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

5) Indicare se e come si è provveduto alle prime cure del caso, se è stato richiesto l'intervento del pronto soccorso, se vi è stato ricovero ospedaliero:

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

**Il/la sottoscritto/a allega alla presente :**

**a) il relativo referto medico, da cui si rileva che la prognosi è di n. ………………………... giorni.**

**b) la testimonianza delle altre persone presenti al fatto**

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

data …………………………. Il docente/ATA …………………………………………………………………