

# Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "T. Confalonieri" - Monza

## DENUNCIA DI INFORTUNIO

### Sezione 1 (anagrafica)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ cognome, docente  
 in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_ dipendente da questo Istituto

### DICHIARA AVVENUTO INFORTUNIO

il giorno \_\_\_\_\_ data alle ore \_\_\_\_\_ ora Nel plesso \_\_\_\_\_

all'alunno/a \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ cognome della classe \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione

nat a \_\_\_\_\_ Città/Stato se straniero il \_\_\_\_\_ data Residente in \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ via/viale/... \_\_\_\_\_ nome e civico

### Sezione 2 (descrizione dell'infortunio)

Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ via/viale/piazza,... \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ civico

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					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data evento	Alle ore	Durante quale ora di lavoro	L'infortunato ha abbandonato il lavoro		Giorno	Alle ore
			SI	NO		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Altra(specificare)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es: mano destra, piede sinistro, occhio destro, ....

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	
<b>Testimone 2</b>			
Cognome		Nome	
Telefono		e-mail	
La famiglia è stata avvisata	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	Se sì, a che ora? <input type="text"/>
Data della denuncia del docente/lavoratore:	<input type="text"/>		
<b>Eventuali note</b>			

Firma del docente/lavoratore

Visto: Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Gabriella Cirielli