



ISTITUTO COMPRENSIVO "SAURO"  
Via Gibelli, 2 - 18100 IMPERIA – tel. 0183293440C.F. 91041550087  
Codice Univoco: UFI33Q Codice Univoco IPA: istsc\_imic81100g  
IMIC81100G@istruzione.it – IMIC81100G@pec.istruzione.it – www.icsauroimperia.edu.it

**DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ in servizio, nell'ora e nella data indicata, nell'Istituto  
\_\_\_\_\_ plesso scolastico di \_\_\_\_\_  
inoltra dichiarazione del seguente infortunio occorso all'alunn \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ della sezione \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**AL RIGUARDO DICHIARA**

Luogo dove è avvenuto l'infortunio: \_\_\_\_\_

Che al momento dell'infortunio era presente il/l seguente testimone/i

Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione DETTAGLIATA E SINTETICA dei fatti; specificare se è stato necessario chiamare l'ambulanza)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/ eventuali altri dati di identificazione, se necessari)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avvisati i genitori<sup>1</sup>, l'alunno ha lasciato la scuola alle ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente<sup>2</sup>, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio data l'assoluta imprevedibilità e accidentalità dell'accaduto.

Data e ora

Firma del docente

Visto la Dirigente scolastica  
Maria Rosa Villa  
Firmato digitalmente ex CAD-DLgs 82/2005

<sup>1</sup> Fare fonogramma da inviare al protocollo

<sup>2</sup> Se non presente allegare relazione