



### Dichiarazione denuncia sinistro Istituto Scolastico

*Il presente modulo deve essere adeguatamente compilato in ogni sua parte*

#### Istituto Scolastico

I.C.S. "POGGIARDO"	Meccanografico	LEIC88000B
	N° Contratto	202911030
	Indirizzo	VIA MONTEGRAPPA, 1 73037
	Poggiardo LE	

#### Dichiarazione evento

Il Sottoscritto *	In qualità di *:
-------------------	------------------

#### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle disposizioni dell'art. 75 del DPR 445/2000 e dell'art. 495 cp, in caso di dichiarazioni mendaci

#### Informazioni sul soggetto danneggiato

Nome e Cognome*	
Data di Nascita*	
In qualità di*	<input checked="" type="checkbox"/> Alunno <input checked="" type="checkbox"/> Operatore Scolastico <input checked="" type="checkbox"/> Personale Docente

#### Descrizione evento

Data e Ora accadimento*	
Luogo Accadimento*	
Dinamica*	(specificare le modalità dell' evento occorso ed ogni altra informazione utile alla comprensione del danno)
Testimoni*	

Tipo di evento occorso*	<input type="checkbox"/> Lesioni <input type="checkbox"/> Danni a Beni <input type="checkbox"/> Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> Tutela Legale <input type="checkbox"/> Assistenza
-------------------------	--

Se Lesioni	Tipo di Lesione: _____ Parte anatomica Colpita: _____ Causa del Sinistro: _____ Eventuali Responsabili: _____
------------	--

Se Danno ai Beni	Oggetto danneggiato: _____ Eventuali Responsabili: _____ Causa del sinistro: _____
------------------	--

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

(\*) campo obbligatorio