

Relazione infortunio docente

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo

"Elio Vittorini" San Pietro Clarenza

In relazione all'infortunio accorso In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il sottoscritto docente

\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ Istituzione Scolastica/scuola \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

DICHIARA quanto segue:

1. Luogo dell'infortunio (aula, corridoio, palestra, laboratorio, ecc.):

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

2. Descrizione dell'infortunio (circostanze, cause e conseguenze):

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

3. Indicazioni delle modalità con le quali sono state prestate le prime cure: se è stato necessario richiedere l'intervento del Pronto soccorso, con o senza ricovero; se il docente si è allontanato dalla scuola o se è stato accompagnato a casa o all'ospedale e da chi:

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

4. Indicazione dei nominativi di eventuali altri testimoni all'evento (insegnanti, collaboratori, personale ATA, ecc)

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

Il/la sottoscritto/a allega alla presente: a) Eventuale referto medico (prognosi è di n. .... giorni)

b) Testimonianza delle altre persone presenti al fatto

Data \_\_\_\_\_ Firma del Docente \_\_\_\_\_