

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A.GRAMSCI"
CAMPONOGARA

OGGETTO: INFORTUNIO DI _____ CLASSE _____ SCUOLA _____

I sottoscritt_ _____ insegnante di _____,
residente in _____ Cap _____ Via _____ Tel. _____ C.F. _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, che:

In data: _____ alle ore _____ Classe _____ Scuola _____

Cognome e nome alliev_ : _____

Indirizzo : _____ Pr _____ Cap _____ Via _____ Tel. _____

Cognome e nome genitore: _____

Luogo infortunio : _____

Tipo infortunio: _____

Breve descrizione del fatto: _____

Eventuali responsabili dell'infortunio: _____

Eventuali altri testimoni: _____ Indirizzo _____ Telefono _____

_____ Indirizzo _____ Telefono _____

In fede

Data, _____

firma: _____

Spazio per il protocollo

VISTO:

|
|
|
|
|
|

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Lia Bonapersona

Il/La Sottoscritto/a ha già espresso il consenso al trattamento dei dati all'atto dell'iscrizione ed è stato informato sulle finalità e modalità del trattamento dei dati presso l'Istituto Scolastico, ai sensi della normativa sulla Privacy DLgs n. 196/2003 "Codice in materia di trattamento dei dati".

Data _____

Firma _____