



ISTITUTO COMPRENSIVO OSTRÀ

Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di primo grado
Viale Matteotti, 29 - 60010 OSTRÀ (AN)

Tel. 071 68057 - Fax 071 7989092 - anic81000q@istruzione.it - <http://www.iscostra.gov.it> - C.F. 83005730425

Al Dirigente Scolastico
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO OSTRÀ

Oggetto: segnalazione di infortunio alunni.

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE
PENA L'IMPOSSIBILITÀ DI PORTARE A TERMINE LA GESTIONE DEL SINISTRO**

L'infortunio è avvenuto il giorno alle ore ____:____

- L'alunno è rimasto a scuola fino al termine dell'orario di lezione
- L'alunno ha abbandonato la scuola prima del termine delle lezioni alle ore ____:____

INFORTUNATO

cognome nome
classe scuola età

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

- In che modo è avvenuto l'infortunio?
.....
.....
.....

IN PARTICOLARE

- Dove è avvenuto l'infortunio?
.....
- Che tipo di attività stava svolgendo l'infortunato?
.....
- Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare?
.....
- Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?
.....
- In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (natura e sede della lesione)
.....
- Prime cure prestate (dove, quando, da chi)
.....

DOCENTE PRESENTE IN CLASSE CHE SEGNA LA L'INFORTUNIO

cognome nome
indirizzo tel.

EVENTUALI TESTIMONI

cognome nome
indirizzo tel.

SUGGERIMENTI PER PREVENIRE INCIDENTI ANALOGHI
.....

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

_____ data _____ firma dell'insegnante _____
luogo