AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. IAPIGIA I VERGA
BARI

Oggetto: Relazione infortunio

IL/La sottoscritto/a sig. docente_____

Nato/a a _____**il**_____**residente a** _____

in via _____**, in qualità di**_____**presso**

☐ **La scuola dell'infanzia (pl. San Francesco/Don Orione)**

☐**La scuola primaria (pl. San Francesco/Don Orione)**

☐ **La scuola secondaria I grado (Verga)**

DICHIARA

Che in data sotto specificata si è verificato un infortunio. A tal fine si relazione quanto di seguito:

in data_____alle ore_____nel comune di_____

nel luogo/ambiente_____

l'alunno/a Cognome_____nome_____

classe_____, nato/a a _____il_____

e residente in_____in Via_____

tel/cell_____

l'infortunato ha abbandonato la sede □SI □NO

(se si indicare l'ora_____), specificare come e da chi è stato prelevato o accompagnato ;

(se no) specificare il motivo_____

In che modo è avvenuto l'infortunio_____

Causa dell'infortunio_____

Interventi di primo soccorso adottati_____

Dove è avvenuto_____e cosa stava svolgendo l'infortunato_____

_____Era il suo lavoro consueto (rientrava nell'attività didattica ordinaria o programmata) ☐si ☐no

Al momento dell'infortunio che tipo di attività stava facendo in particolare l'alunno?_____

_____

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?_____

_____

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto (descrivere il sintomo accusato dall'infortunato e la sede della eventuale lesione)_____

Indicare eventuali testimoni presenti all'accaduto_____

La famiglia è stata informata tempestivamente secondo la seguente modalità_____

Alla data della compilazione della presente relazione è già stato consegnato un certificato dal quale si evince la diagnosi e la prognosi alle conseguenze dell'infortunio?_____

Si dichiara di aver informato la famiglia circa l'obbligo di consegna tempestiva della certificazione medica dell'infortunio in caso di prognosi superiore a tre giorni.

Firma _____

Bari, _____

Visto il Dirigente Scolastico