

Spett.le
SERVIZIO ISTRUZIONE
UFFICIO PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE
DELL'ISTRUZIONE
Via Gilli, 3
38121 TRENTO

DENUNCIA INFORTUNIO ALUNNI

(DA COMPILARE IN CARATTERE STAMPATO LEGGIBILE)

AXA ASSICURAZIONI S.P.A. – AG. GAMBONI S.R.L.
(polizza n. 404324557)

Parte 1 – Dati dell'infortunato

Cognome e Nome:	
Data e luogo di nascita:	
Domicilio:	
Cognome e nome di chi esercita la potestà genitoriale o la tutela:	
Residente in:	
Riferimenti personali: Telefono fisso / cellulare Email	
Iscritto all'anno scolastico	
Istituto scolastico frequentato	

Parte 2 – Dati relativi all'infortunio

Infortunio accaduto in data / ora:	
Luogo in cui è avvenuto l'evento	
Generalità del personale docente con obbligo di vigilanza sull'alunno infortunato (cognome e nome)	
Breve ma completa descrizione delle circostanze in cui è avvenuto l'infortunio e delle lesioni evidenti che ne sono derivate	 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
E' stato necessario l'immediato intervento dei sanitari (intervento del 118)? (in caso di risposta affermativa fornire breve descrizione dell'intervento)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Certificato Medico rilasciato da uno dei seguenti soggetti PRONTO SOCCORSO MEDICO CURANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ulteriore documentazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti conseguenti all'infortunio	
Esiste altra documentazione medica? (in caso di risposta affermativa allegare documentazione precisando numero e tipologia dei documenti)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> N. Tipo docc.

NOTA BENE:

1. il modulo di denuncia deve essere compilato in ogni sua parte – la descrizione delle circostanze dell'infortunio deve essere breve ma completa in particolare deve permettere di individuare in modo chiaro cosa è effettivamente accaduto all'alunno;
2. il modulo di denuncia deve essere inviato al Servizio istruzione – Ufficio programmazione e organizzazione dell'istruzione entro sei mesi successivi a quello dell'evento;
3. per essere considerata valida e quindi inoltrata alla Compagnia è necessario allegare al presente modulo:
 - a) il certificato medico attestante l'obiettiva constatabilità delle lesioni conseguenti all'evento denunciato ed ogni successivo referto, certificato, prescrizione attestante il protrarsi dell'invalidità;
 - b) ulteriore certificazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti derivanti dall'infortunio denunciato;
 - c) l'”Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 679/2016” (modello C/19) compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal genitore dell'alunno infortunato o da altro soggetto legittimato a rappresentare gli interessi dello stesso; nel caso di alunno maggiorenne il modulo potrà essere firmato direttamente salvo casi di incapacità di legge.
4. informazioni riguardanti lo stato di trattazione della pratica potranno essere richieste direttamente a AXA ASSICURAZIONE S.P.A. – LIQUIDAZIONE SINISTRI – Via Grazioli, 9 primo piano – 38122 TRENTO – Liquidatrice dedicata Donatella Callone
 NUMERO VERDE dedicato, 800.22.58.22 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 18.30
 Oppure tramite e-mail all'indirizzo sinistriprovinciatrento@gamboniassicurazioni.it, oppure via pec all'indirizzo sinistri.gamboni@pec.net

Data,

Firma del Docente in obbligo di vigilanza estensore della denuncia:

COPIA DELLA PRESENTE DENUNCIA E' STATA CONSEGNATA AL GENITORE O A CHI ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE O LA TUTELA

Firma del Dirigente Scolastico: _____

LO STUDENTE SE MAGGIORENNE O IL GENITORE O IL SOGGETTO LEGITTIMATO A RAPPRESENTARE GLI INTERESSI DEL MINORE DICHIARANO DI AVER RICEVUTO, LETTO E SOTTOSCRITTO IL MODULO RECANTE LA INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E DI AVERE DATO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI TALI DATI PER LE FINALITA' DESCRITTE NELLA INFORMATIVA.

Nome e Cognome: _____

Firma _____