

**SCHEDA RILEVAZIONE DATI  
PER DENUNCIA INFORTUNIO E/O DANNO  
Assicura S.c.r.l. - UnipolSai Assicurazioni**

N. TEL. DELL'AGENZIA DEDICATO ALL'ASSISTENZA APERTURA SINISTRI 010.581945  
(sig.ra Paola Dutto)

N. fax 010.566959 / 010.561546

mail: [sinistri.scuole@unipolsaiassicura.it](mailto:sinistri.scuole@unipolsaiassicura.it); [02116@unipolsai.it](mailto:02116@unipolsai.it)

ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE  
Istituto Comprensivo di Casella

TEL. 010.9677184 FAX. 010.9682067 E.MAIL: [geic82000v@istruzione.it](mailto:geic82000v@istruzione.it)

COMPILARE IN STAMPATELLO

- a) cognome e nome dell'infortunato (o danneggiato): \_\_\_\_\_  
cognome nome del genitore (che ha la patria potestà): \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_
- b) data e luogo di nascita dell'infortunato: \_\_\_\_\_
- c) domicilio: cap \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_
- d) data dell'infortunio: giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_
- e) durante quale attività scolastica: \_\_\_\_\_
- f) luogo dell'infortunio: \_\_\_\_\_
- g) come è avvenuto l'infortunio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h) danni lesioni o altre conseguenze: \_\_\_\_\_
- i) testimoni (personale addetto alla vigilanza o altri denunciati): \_\_\_\_\_
- l) prime cure prestate al Pronto Soccorso di: \_\_\_\_\_
- m) oppure da: \_\_\_\_\_
- n) l'infortunato è stato ricoverato in ospedale? Se sì, quale: \_\_\_\_\_

FATTURE DI SPESA DA PRODURSI IN ORIGINALE

Timbro e firma della scuola

Firma Insegnante o Addetto alla vigilanza

*"Ai sensi del D. Lgs. 196/03 precisiamo che:*

- le informazioni contenute in questo facsimile sono riservate e per uso esclusivo del destinatario;*
- persone diverse dal destinatario non possono copiare o consegnare il facsimile a terzi.*

*Se ricevete questo facsimile per errore Vi preghiamo di informarci immediatamente per telefono. Grazie per la collaborazione.*