Relazione infortunio

**Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo “Via Luigi Rizzo,1” Roma**

In relazione all’infortuno accorso In data alle ore

il sottoscritto □ docente\_ □ATA

Classe sez \_ Istituzione Scolastica/scuola Plesso

Residente a via tel/cell

Domicilio se diverso dalla residenza \_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

quanto segue:

1. Luogo dell’Infortunio (aula, corridoio, palestra, laboratorio, ecc.):
2. Descrizione dell’infortunio (circostanze, cause e conseguenze):
3. Indicazioni delle modalità con le quali sono state prestate le prime cure: se è stato necessario richiedere l’intervento del Pronto soccorso, con o senza ricovero; se il docente si è allontanato dalla scuola o se è stato accompagnato a casa o all’ospedale e da chi:
4. Indicazione dei nominativi di eventuali altri testimoni all’evento (insegnanti, collaboratori, personale ATA, ecc)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

* 1. Eventuale referto medico (prognosi è di n giorni)
	2. Testimonianza delle altre persone presenti al fatto

Data Firma