

# MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI FALERNA-NOCERA TERINESE**

VIA ROSARIO, 1 – 88042 FALERNA CZ - C.M. CZIC82500A C.F. 92012920796

Tel.0968 95056 - 0968 925807

e-Mail – [czic82500a@istruzione.it](mailto:czic82500a@istruzione.it) --[czic82500a@pec.istruzione.it](mailto:czic82500a@pec.istruzione.it)--Web - [www.ic-falerna-nocera.edu.it](http://www.ic-falerna-nocera.edu.it/)

RELAZIONE INFORTUNI ALUNNI/PERSONALE

Categoria di appartenenza:

* Studente
* Docente
* ATA

Nome infortunato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(se studente indicare la classe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se studente indicare l’insegnante preposto alla vigilanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’infortunato ha abbandonato la scuola

* No
* Si il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrizione dell’infortunio:

(in che modo è avvenuto l’infortunio? Descrizione particolareggiata delle cause e circostanze

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

In particolare:

● dove è avvenuto l’infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● che tipo di attività stava svolgendo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Era il suo lavoro consueto?

* si (saltuariamente)
* no

● al momento dell’infortunio che cosa stava facendo in particolare?

……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………

● cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l’infortunio?

……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

● in conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (shock, caduto, schiacciato, punto ecc….)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Intervento di primo soccorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* È stata avvisata la famiglia
* si
* no
* È intervenuto il medico
* si
* no
* È stato accompagnato al Pronto Soccorso con ambulanza?
  + Si
  + no
* Testimone presente (Maggiorenne)
  + NO
  + SI (se SI indicare un solo testimone)

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Note

Adempimenti:

1. il presente modulo deve essere consegnato in segreteria nel più breve tempo possibile e comunque nella stessa giornata dell’incidente.

2) Il genitore dell’alunno deve essere avvisato che deve portare tempestivamente il verbale del pronto soccorso e/o il certificato medico e passare dalla Segreteria per ricevere informazioni in merito alle procedure assicurative.

**DATA FIRMA**