

ISTITUTO COMPRENSIVO PORCARI MONTECARLO VILLA BASILICA

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

Via Alfredo Catalani, snc – 55016 PORCARI (LU) – Tel. 0583 210747

Sito web: www.icsp.edu.it – e-mail: luic84100e@istruzione.it – PEC: luic84100e@pec.istruzione.it

Cod. Mecc. LUIC84100E – Cod. Fisc. 92038730468

Allegato 1

FONOGRAMMA

Da compilare da parte di chi effettua la telefonata

LA SCUOLA HA CONTATTATO IL SEGUENTE NUMERO PER L'EMERGENZA: _____

RISPONDE: _____

(specificare il livello di parentela con l'alunno)

RISPOSTA:

Data _____

L'esecutore della chiamata _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
di Porcari Montecarlo Villa Basilica

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti

genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/a a codesta

Scuola, Classe Sez Plesso

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

**CERTIFICATO DEL MEDICO PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI AUSILI,
MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno nato il

In seguito all'infortunio o evento avvenuto il.....che ha comportato un trattamento con
prognosi di.....giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle
lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica. Si rilascia al
genitore di su propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico

PLURIASS
Sinistri

TELEFONO 0321 629208

Denuncia di Infortunio e/o danno

DENOMINAZIONE ISTITUTO SCOLASTICO CONTRAENTE
--

Alunno ☐ Docente ☐ Altro ☐ Classe _____ Plesso _____
*cognome e nome INFORTUNATO/DANNEGGIATO _____
*data/luogo di nascita _____ CODICE FISCALE _____

*cognome e nome GENITORE _____ CODICE FISCALE _____

*domicilio: via _____ cap _____ *comune: _____ Prov: _____ *telefono _____ e-mail _____

*data dell'infortunio: giorno _____ mese _____ anno _____ ORA _____ *durante quale attività scolastica: _____ *luogo dell'infortunio: _____ *come è avvenuto l'infortunio o il danno (brevemente): _____ _____ _____ *danni, lesioni o altre conseguenze: _____ _____ _____ *denuncianti (Pers.addetto alla vigilanza o altri): _____ _____ _____ *prime cure prestate da Pronto Soccorso di: _____ *oppure da: _____ *l'infortunato è stato ricoverato in Ospedale? Se sì, località: _____
--

SI AUTORIZZA L'USO DEI DATI QUI PRESENTI NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE
art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27/04/16 e successive modificazioni e integrazioni

Timbro Scuola _____

ISTITUTO COMPRENSIVO PORCARI MONTECARLO VILLA BASILICA

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

Via Alfredo Catalani, snc – 55016 PORCARI (LU) – Tel. 0583 210747

Sito web: www.icsp.edu.it – e-mail: luic84100e@istruzione.it – PEC: luic84100e@pec.istruzione.it

Cod. Mecc. LUIC84100E – Cod. Fisc. 92038730468

Allegato n. 38

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

DATA SINISTRO.....ORA.....

SCUOLA DOVE E' AVVENUTO.....

NOME DEL DANNEGGIATO.....CL.....

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

DATA.....

Firma dell'insegnante/personale che ha
rilevato l'evento

.....