



istituto comprensivo statale porcari

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI 1° GRADO
via Catalani - 55016 PORCARI (LU) - tel.n°0583 210747 sito web www.icsp.edu.it
e-mail luic84100e@istruzione.it - cod.fisc. 92038730468

*Il numero di protocollo e la data di
protocollazione sono desumibili dal file di
segnaatura della presente*

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 _____

Allegato 2

**Al Dirigente Scolastico Istituto
Comprensivo
Statale di
Porcari**

**DICHIARAZIONE DEI GENITORI PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA
DI AUSILI, 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 GESSIONATI**

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 statale porcari

SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI 1° GRADO
via Catalani - 55016 PORCARI (LU) - tel.n° 0583 210747 sito web www.icsp.edu.it
e-mail luic84100e@istruzione.it cod.fisc. 92038730468

Allegato n. 3B

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