



# 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](http://www.icsp.edu.it)  
e-mail [luic84100e@istruzione.it](mailto:luic84100e@istruzione.it) - cod.fisc. 92038730468

---

*Il numero di protocollo e la data di  
protocollo sono desumibili dal file di  
segnatura 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 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 <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> 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](http://www.icsp.edu.it)  
e-mail [luic84100e@istruzione.it](mailto:luic84100e@istruzione.it) 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

.....