



# 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  
protocollazione sono desumibili dal file di  
segnatura della presente*

## **Allegato 1**

### **FONOGRAMMA**

Da compilare da parte di chi effettua la telefonata

LA SCUOLA in data \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_ HA CONTATTATO IL  
SEGUENTE NUMERO PER L'EMERGENZA:\_\_\_\_\_

RISPONDE:\_\_\_\_\_

(specificare il livello di parentela con l'alunno)

CONTENUTO RISPOSTA:

---

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 GESSIONATI**

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 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 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