



## ISTITUTO COMPRESIVO "IL GUERCINO"

Via D. Alighieri, 6 - Tel. (051) 904030 - Fax (051) 6857738 – 44042 C E N T O (FERRARA)

E-Mail : [FEIC81800P@ISTRUZIONE.IT](mailto:FEIC81800P@ISTRUZIONE.IT) - [FEIC81800P@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:FEIC81800P@PEC.ISTRUZIONE.IT)

C.F. 90012650389

<http://www.ilguercino.edu.it>

### RELAZIONE DEL DOCENTE SUGLI INFORTUNI DEGLI ALUNNI

Nome alunno infortunato \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

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

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  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 \_\_\_\_\_

E' stata avvisata la famiglia  si  no E' intervenuto il medico  si  no

E' stato accompagnato al Pronto Soccorso  si  no con ambulanza  si  no

Testimoni presenti \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_



Funded by the  
European Union  
NextGenerationEU



Ministero dell'istruzione e del merito



## ISTITUTO COMPRESIVO "IL GUERCINO"

Via D. Alighieri, 6 - Tel. (051) 904030 - Fax (051) 6857738 – 44042 C E N T O (FERRARA)

E-Mail : [FEIC81800P@ISTRUZIONE.IT](mailto:FEIC81800P@ISTRUZIONE.IT) - [FEIC81800P@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:FEIC81800P@PEC.ISTRUZIONE.IT)

C.F. 90012650389

<http://www.ilguercino.edu.it>

### Adempimenti del docente:

- 1) il presente modulo deve essere consegnato in segreteria nel più breve tempo possibile e comunque nella stessa giornata dell'incidente.
- 2) Il genitore deve essere avvisato che deve portare il certificato medico e passare dalla Segreteria per ricevere informazioni in merito alle procedure assicurative.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_