



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PIETRASANTA 2°**

Via Catalani, 6 – 55045 Marina di Pietrasanta (LU)

Tel.: 0584 – 745924 C.F. 91055230469

E-mail: luic850009@istruzione.it PEC: luic850009@pec.istruzione.it

Sito web: [www.pietrasanta2.edu.it](http://www.pietrasanta2.edu.it/)

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo Pietrasanta 2

 Oggetto: Relazione infortunio / danno (es. rottura occhiali)

Alunn\_ ……………………………………………………. nat\_ a ………………………………….

il ……………………………. residente in via ………………………………………………

Comune ………………………………………… Tel ………………………………………

Scuola frequentata …………………………………………………… classe ………………….

Nominativi dei genitori: ………………………………………………………………………………….

* Descrizione sintetica dell’infortunio (data, ora, luogo, causa, circostante e conseguenze):

 ……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

* Precisare se l’infortunio è avvenuto in (solo per la scuola media):

 - Palestra- Laboratorio informatica- Laboratorio lingue- Laboratorio scienze- Laboratorio Tecnica

* Momento scolastico in cui si è verificato il fatto (lezione in laboratorio, lezione di educ.fisica, intervallo):

……….…………………………………………………………………………….…………

* Luogo in cui si trovava l’insegnante di classe e misure adottate per evitare il verificarsi dell’infortunio:

 …………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………

* Modalità delle prime cure prestate (da chi – dove):

 …………………………………………………………………………………………….…..

 …………………………………………………………………………………………………

* Nomi e indirizzi di eventuali testimoni:

 …………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………

 FIRMA dell’insegnante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A CURA DELLA SEGRETERIA

* Il genitore ha chiesto l’intervento dell’assicurazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data e firma del genitore)

* Il genitore non ha chiesto l’intervento

 dell’assicurazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data e firma del genitore)

 VISTO: Il Dirigente Scolastico

 Prof.re Luca Di Martino