Alla D.D. Maddalena

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO

RELAZIONE DETTAGLIATA

DATI DEL DANNEGGIATO **□ PERSONALE** _____

COGNOME E NOME _____

SCUOLA _____

_____

DESCRIZIONE DEI FATTI:

Giorno dell'infortunio_____ **orario** _____ **Luogo dell'accaduto**_____

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PRIME CURE PRESTATE _____

IL DIPENDENTE HA INTERROTTO IL SERVIZIO PER RECARSI A CASA E/O CONTROLLO MEDICO? □ SI alle ore _____ **□ NO**

AL FATTO ERANO PRESENTI I SEGUENTI TESTIMONI: _____

_____

E' STATO NECESSARIO L'INTERVENTO DEL 118? □ SI □ NO

INTERVENTO DEL MEDICO DR. _____

PRIME VALUTAZIONI _____

Genova, _____ FIRMA DEL DIPENDENTE

_____