Al Dirigente Scolastico Dell’I.C. Bova Marina Condofuri

e-mail: [rcic85200d@istruzione.it](mailto:rcic85200d@istruzione.it) -pec: [rcic85200d@pec.istruzione.it](mailto:rcic85200d@pec.istruzione.it)

Oggetto: **RELAZIONE INFORTUNIO ALUNNO**

Il/la sottoscritto/a ......................................... in servizio presso la sede di....................... in qualità di

□ Docente di…………………………………………

* Collaboratore Scolastico
* Esperto Esterno
* Tutor

relaziona sull’infortunio di seguito descritto, per gli adempimenti del caso.

-Data e ora dell’accaduto

.......................................................

-Luogo .......................................................

- Attività (al momento dell’accaduto) .......................................................

-Cognome e nome dell’infortunato/a ...................................................

-Classe .......................................................

-Indirizzo .......................................................

-Telefono ....................................................... DESCRIZIONE DELL’ACCADUTO

.....................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................

.

In conseguenza di quanto sopra descritto l’infortunato/a riportava i seguenti danni:

.....................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

L’infortunato/a è stato subito soccorso/a da ................................................................... con (descrivere

i primi soccorsi resi) ........................................................................................................................

e sono state prese le seguenti iniziative ...........................................................................................

..........................................................................................................................................................

***oppure***

In conseguenza di quanto sopra descritto l’infortunato/a non riportava alcun trauma o lesione, né manifestava sintomi preoccupanti.

Persone presenti al momento dell’accaduto: ......................................................................................

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

.............................................................................................................................................................

Si allega:

DICHIARAZIONE INFORTUNIO ALUNNO

* Da compilare in ogni sua parte da altro docente /Collaboratore Scolastico che ha assistito al fatto
* Da compilare da parte di chi effettua la telefonata
* Da compilare da parte del genitore o chi ne fa le veci (nel caso in cui si presenti a scuola)
* Certificato del pronto soccorso
* ALTRO (specificare)

DATA……………….

FIRMA

........................................................