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

e-mail: rcic85200d@istruzione.it -pec: rcic85200d@pec.istruzione.it

Oggetto: **RELAZIONE INFORTUNIO O MALORE - PERSONALE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………

* Docente
* Collaboratore Scolastico
* Assistente Amministrativo
* Direttore SGA

Recapito telefonico ………………………………..

E-mail del dichiarante ………………………

in relazione all'infortunio/malore occorso, in data ………………... alle ore …………… (classe …… ..)- plesso…………………….

comunica quanto segue:

Luogo in cui è accaduto l'infortunio/malore:...................................…………..……………………......... Descrizione particolareggiata dell’infortunio/malore:

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

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

……………………………………………………………………………………………………………. Altri insegnanti e/o operatori scolastici presenti al momento dell'infortunio/malore:

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

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

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

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

1. il relativo referto medico, da cui si rileva che la prognosi è di n. ………………giorni.
2. la testimonianza delle seguenti persone presenti al fatto

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

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

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

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

1. Il/la sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite sono conformi al vero e se ne assume la piena responsabilità.

Allega:

* + DICHIARAZIONE Da compilare dal docente/personale ATA che ha assistito al fatto
	+ DICHIARAZIONE Da compilare da parte di chi effettua la telefonata
	+ Certificazione medica

data ………………………….

Il Docente/ATA

……………………………………..

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*