

# MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI FALERNA-NOCERA TERINESE**

VIA ROSARIO, 1 – 88042 FALERNA CZ - C.M. CZIC82500A C.F. 92012920796

Tel.0968 95056 - 0968 925807

e-Mail – [czic82500a@istruzione.it](mailto:czic82500a@istruzione.it) --[czic82500a@pec.istruzione.it](mailto:czic82500a@pec.istruzione.it)--Web - [www.ic-falerna-nocera.edu.it](http://www.ic-falerna-nocera.edu.it/)

RELAZIONE INFORTUNI ALUNNI/PERSONALE

Nome 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 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* È stata avvisata la famiglia

si no

* È intervenuto il medico

si no

* È stato accompagnato al Pronto Soccorso con ambulanza?

Si no

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

Note

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 tempestivamente il verbale del pronto soccorso e/o il certificato medico e passare dalla Segreteria per ricevere informazioni in merito alle procedure assicurative.

**DATA FIRMA**