

**DICHIARAZIONE SINISTRO DEL PERSONALE
(IN ITINERE)**

Data del Sinistro : __ / __ / __

DANNEGGIATO

Cognome : **Nome**

Data di nascita: __/__/__

Comune nascita..... **Prov.**

Codice Fisc.
(dato essenziale)

Indirizzo(via, piazza ecc.): **C.A.P.**.....

Comune: **Prov.**

Telefono (dato essenziale): **Fax:**.....

Meccanica del sinistro:

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

Intervento del Medico Dott.:

Prime valutazioni:

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

FIRMA DEL
DOCENTE/PERSONALE ATA
