



ACCADEMIA NAZIONALE DI DANZA

Istituzione di Alta Formazione Coreutica

Prot. n. 9238

Roma, 06/10/2015

Allievi e docenti

Oggetto: Comunicazione su infortuni presso l'Accademia Nazionale di Danza

Si comunica a tutti gli allievi e a tutto il personale docente dell'Accademia Nazionale di Danza che in caso di infortunio di un allievo durante una lezione

- il **docente** dovrà compilare e firmare il modulo allegato alla presente comunicazione "Dichiarazione Infortunio da parte del docente" e presente on line sul sito web dell'Accademia il **giorno stesso o al massimo il giorno successivo all'avvenimento**, indicando il fatto accaduto, aula, ed ora, consegnandolo immediatamente alla Segreteria didattica Sig.ra Alessia Orologio.

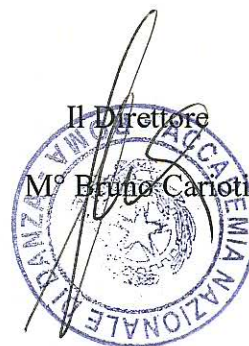
- **Entro due giorni dall'avvenimento dell'evento l'infortunato** dovrà consegnare in Segreteria didattica Sig.ra Alessia Orologio, il certificato di infortunio del pronto soccorso con copia del documento d'identità, indirizzo e-mail e numero di telefono.

Non verrà effettuata alcuna denuncia di infortunio in caso di giorni di prognosi inferiori a 2 giorni.

Al termine del periodo di prognosi l'infortunato dovrà chiamare l'assicurazione al numero verde **800013155** informando sull'eventuale necessità di prolungare la prognosi o di chiudere la pratica.

L'Assicurazione darà le opportune indicazioni su come chiudere la pratica o prolungare la prognosi.

Cordiali saluti



la presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	ACCADEMIA NAZIONALE DANZA		
Indirizzo:	LARGO ARRIGO VII, 5 - 00153 - ROMA 00153 ROMA		
Telefono:	065717621	Fax:	065780994
Cod. Ministeriale:	80210990588	Cod. Fiscale:	80210990588
E-mail:	sd@accademianazionaleanza.it		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:			19497
Data effetto:	16/09/2015	Data scadenza:	16/09/2016
Periodo di assicurazione:	16/09/2015 - 16/09/2016		
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto Cognome:		Nome:	Data di nascita:
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)			

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:		Nome:	
Nato a:	il:	Residente in Via:	
CAP:	Città:	Prov:	Classe/sezione:

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data:	Alle ore:
----------	-----------

AL RIGUARDO DICHIARA

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

--

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	Recapito Tel:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	Recapito Tel:

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

--

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Via/Recapito Tel/Qualifica professionale)

--

- Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

--

- Eventuali osservazioni

--

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

FIRMARE QUI 

FIRMARE QUI 

(Luogo e Data)

(Firma dell'Insegnante)