



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
Santa Caterina**

**Uffici di Direzione e Segreteria: Via Canelles, 1 - 09124 CAGLIARI**  
Tel. 070662525 Fax 070652017 - C.M.: CAIC89300G - C.F.: 92200320924  
Email PEC: [caic89300g@pec.istruzione.it](mailto:caic89300g@pec.istruzione.it) Email istituz.: [caic89300g@istruzione.it](mailto:caic89300g@istruzione.it)  
[www.istitutocomprensivosantacaterina.edu.it](http://www.istitutocomprensivosantacaterina.edu.it)

**MODULO  
DENUNCIA INFORTUNIO**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo " S. Caterina"  
Cagliari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ docente/C. S./ A. A.  
dell'Istituto Comprensivo in servizio presso Sede \_\_\_\_\_ espone  
la seguente denuncia, relativa all'incidento occorso all'alunno/a / docente/C. S./ A. A. sotto  
indicato/a:

Infortunato Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
Natura della lesione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVENTO Data \_\_\_\_\_  
Ora \_\_\_\_\_  
Luogo \_\_\_\_\_

Descrizione \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_  
Sinistro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genitori convocati/Autorità intervenute \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testimoni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

È stato comunicato ( ai genitori in caso di alunni) di consegnare eventuale certificazione medica  
presso la segreteria della scuola. SI NO

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)