Al Dirigente Scolastico

……

Oggetto: **Infortunio alunno** …….. cl. ……

Data e ora esatta dell'infortunio: ……

Luogo presso il quale si è verificato: ……

Descrizione particolareggiata del modo in cui l'incidente è avvenuto:

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Esiste referto del pronto Soccorso? |_| No |_| Si (*in questo caso va allegato e consegnato d'urgenza, se supera i 3 giorni di prognosi)*

Esiste certificazione medica ? |_| No |_| Si (*in questo caso va allegato e consegnato d'urgenza, se supera i 3 giorni di prognosi)*

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari….».

…… ……

luogo e data Firma