**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Statale “A. Manzoni”**

**LATINA**

# MODELLO DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO – DOCENTI

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………….. nato/a il ………………. a ……………………………………………………………………………. insegnante di …………………………………………………… a tempo determinato/indeterminato, comunica quanto segue:

1) Luogo in cui è accaduto l'infortunio:...................................…………..…………………….........................

2) Descrizione delle circostanze in cui è avvenuto l'infortunio, delle cause e delle conseguenze:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………

4) Altri insegnanti e/o operatori scolastici presenti al momento dell'infortunio:

................................................................................……………………………………………………………

**Il/la sottoscritto/a allega alla presente :**

**a) il relativo referto medico, da cui si rileva che la prognosi è di n. ………………………... giorni.**

**b) la testimonianza delle altre persone presenti al fatto**

Il/la sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite sono conformi al vero e ne assume piena responsabilità.

*Si autorizza il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679.*

Latina, …………………………. Firma

……………………………………………….