

**Relazione infortunio alunni**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "J.Stella" di Muro Lucano**

In relazione all'infortunio occorso all'alunno/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_, Scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il sottoscritto docente di \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta scuola

DICHIARA

quanto segue:

1) Luogo dell'infortunio:

\_\_\_\_\_

2) Descrizione dell'infortunio (circostanze, cause, conseguenze):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Indicazione delle modalità con le quali si sono prestate le prime cure, se e come è stata avvertita la famiglia e se è stato necessario richiedere l'intervento del Pronto Soccorso 118, con o senza ricovero; inoltre, se l'alunno si è allontanato da scuola, se è stato accompagnato a casa o all'ospedale e da chi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Indicazione delle modalità di vigilanza sull'alunno e delle precauzioni prese per impedire il fatto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) Indicazione dei nominativi di eventuali altri testimoni all'evento (insegnanti, collaboratori, personale ATA, alunni ecc.)

\_\_\_\_\_

\_I\_ sottoscritto/a allega alla presente:

a) eventuale referto medico (prognosi è di n. \_\_\_\_\_ giorni)

b) testimonianza delle altre persone presenti al fatto

data \_\_\_\_\_

Firma del docente \_\_\_\_\_