

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto Genitore di _____
della classe _____ SEZ. _____ della scuola _____
relativamente al sinistro accaduto in data al/alla proprio/a figlio/a _____

dichiara che:

- a seguito di tale evento l'alunno/a **non ha avuto** alcuna conseguenza e non si è ritenuto sottoporlo/a ad alcun accertamento medico tramite Pronto Soccorso.
- a seguito di tale evento l'alunno/a **ha avuto** conseguenze e si è ritenuto sottoporlo/a ad accertamento medico. Si ricorda che per attivare le garanzie assicurative per infortunio, è necessario fornire **il verbale** del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'accadimento.

Per l'infortunio riguardante l'apparato dentario è indispensabile il certificato del medico specialista (dentista) rilasciato entro le 24 ore dall'accadimento del sinistro.

In fede

_____, _____

Firma (il padre) _____

Firma (la madre) _____

Si allega copia del documento di identità