****

*Ministero dell’Istruzione e del Merito*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “LEONARDO SCIASCIA”**

Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di I° grado ad Indirizzo Musicale

**Con sedi a Racalmuto – Grotte - Comitini**

**Via G. Macaluso, 1 – 92020 RACALMUTO**

**C.M. AGIC85100R – C.F. 90008570849 – Codice Univoco UF3HDS**

**e-mail** [**agic85100r@istruzione.it**](mailto:agic85100r@istruzione.it)[**agic85100r@pec.istruzione.it**](mailto:agic85100r@pec.istruzione.it)

[**http://www.icsciascia.edu.it**](http://www.icsciascia.edu.it)

**Tel. 0922 - 948016**

Allegato alla circ. n.34

Oggetto: Rapporto informativo infortuni.

Il/la sottoscritto/a.................................... in servizio presso l’I.C. “Leonardo Sciascia” di Racalmuto, plesso ...................................................................................

In qualità di ....................................... relaziona sull’incidente di seguito descritto, per gli adempimenti del caso.

Data ed ora dell’accaduto …………..……………………………………………………..

Luogo………………………………………………………………………………………

Attività (al momento dell’accaduto) ……………………………………………………….

L’infortunato ha abbandonato la scuola alle ore …….

Cognome e nome dell’incidentato/a ..................................................................... Classe ........................... Indirizzo ………………………………………………………

Telefono................................

Dove era il lavoratore/alunno al momento dell’incidente?

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

…………………………………………………………………………………………………

In che modo è avvenuto l’incidente?

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Che tipo di lavoro/attività stava svolgendo? ……………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………

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

Era il suo lavoro consueto SI NO

Al momento dell’incidente cosa stava facendo in particolare il lavoratore/alunno? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l’incidente? ………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore/alunno? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’infortunato è stato subito soccorso/a da……………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………

con (descrivere i primi soccorsi resi)……………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

E sono state prese le seguenti iniziative………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Oppure

In conseguenza di quanto sopra descritto l’infortunato non riportava alcun trauma o lesione, né manifestava sintomi preoccupanti.

Persone presenti al momento dell’accaduto (indicare le generalità)

…………………………………………………………………………………………………

Firme………………………………………………………………………………………….

Note…………………………………………………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Data

Firma

N.B.

In caso di successiva presentazione di certificazione medica (con infortunio prognosticato non guaribile entro 3 giorni, escluso quello dell’evento), dal momento della ricezione dei riferimenti del certificato, sarà avviata la pratica di infortunio, tenendo conto di quanto dichiarato nel presente rapporto informativo.