

MODULO PER DENUNCIA DI SINISTRO

1. Dati relativi all'infortunato / danneggiato

Cognome assicurato / danneggiato*:	<input type="text"/>
Nome assicurato / danneggiato*:	<input type="text"/>
Tipo assicurato*:	<input type="text"/>
Classe:	<input type="text"/>
Plesso:	<input type="text"/>

Dati per il calcolo del codice fiscale (Infortunato)

Data di nascita:	<input type="text"/>
Sesso:	<input type="radio"/> Maschile <input type="radio"/> Femminile
Paese:	<input type="text"/>
Provincia*:	<input type="text"/>
Comune*:	<input type="text"/>
Codice Fiscale assicurato / danneggiato*:	<input type="text"/>

Domicilio

Provincia:	<input type="text"/>
Comune:	<input type="text"/>
CAP*:	<input type="text"/>
Indirizzo*:	<input type="text"/>
Civico:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>
Cellulare:	<input type="text"/>
Indirizzo email:	<input type="text"/>

2. Dati relativi al genitore / tutore / legale

(Ripetere i dati del punto 1 se alunno maggiorenne oppure personale scuola)

Cognome genitore (tutore o legale)*:	<input type="text"/>
Nome genitore (tutore o legale)*:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>
Sesso:	<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile
Paese:	<input type="text"/>
Provincia di nascita:	<input type="text"/>
Comune di nascita:	<input type="text"/>
Codice Fiscale*:	<input type="text"/>
Provincia di residenza:	<input type="text"/>
Comune di residenza:	<input type="text"/>
CAP Comune di residenza*:	<input type="text"/>
Indirizzo di residenza*:	<input type="text"/>
Civico di residenza:	<input type="text"/>

3. Dati relativi all'infortunio

Data dell'infortunio*:	<input type="text"/>
Ora / minuto dell'infortunio / danno*:	<input type="text"/>
Durante quale attività scolastica*:	<input type="text"/>
Luogo dell'infortunio / danno*:	<input type="text"/>
Descrizione dell'infortunio / danno*:	<input type="text"/>
Danni, lesioni e conseguenze*:	<input type="text"/>

4. Informazioni aggiuntive

Denuncianti*:	<input type="text"/>
Prime cure prestate dal pronto soccorso di:	<input type="text"/>
Oppure da:	<input type="text"/>
Ricovero in ospedale:	<input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/>
Se si, indicare Ospedale e località:	<input type="text"/>