



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CAPOSELE**  
**CON SEZIONI ASSOCIATE DI CALABRITTO E SENERCHIA**  
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I grado  
"Francesco De Sanctis"  
via Pianello - 83040 - Caposele (AV)  
tel 0827 53012 fax 0827 53012  
e-mail: [avic871008@istruzione.it](mailto:avic871008@istruzione.it) e-mail-pec: [avic871008@pec.istruzione.it](mailto:avic871008@pec.istruzione.it)  
sito: [www.iccaposele.it](http://www.iccaposele.it)  
Codice Meccanografico AVIC871008 Codice Fiscale 91010310646



## Allegato 3

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "F. De Sanctis"  
di Caposele (AV)

### RELAZIONE INFORTUNIO ALUNNO

da compilare in ogni sua parte dall'insegnante che ha assistito al fatto

SCUOLA \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

Data dell'infornio \_\_\_\_\_

Alunno infortunato \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)

Classe \_\_\_\_\_

#### Dinamica dell'infornio (descrizione dell'accaduto):

In che modo è avvenuto:

\_\_\_\_\_

Dove è avvenuto:

\_\_\_\_\_

Che tipo di attività stava svolgendo:

\_\_\_\_\_

Al momento dell'infornio che cosa stava facendo di particolare:

\_\_\_\_\_

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infornio:

\_\_\_\_\_

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto

\_\_\_\_\_

**Primo soccorso prestato:**

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Docente responsabile \_\_\_\_\_

(Cognome e nome)

**Altre persone presenti al momento dell'accaduto:**

---

Data dichiarazione \_\_\_\_\_

FIRMA Docente responsabile \_\_\_\_\_

Dichiarazioni spontanee dei testimoni:

---

---

---

Data dichiarazione \_\_\_\_\_ FIRMA dei testimoni \_\_\_\_\_

---