**DENUNCIA INFORTUNIO PER SINISTRO STRADALE CON RESPONSABILITA’ DI TERZI**

Al DIRIGENTE DELL’ISTITUTO SCOLASTICO

………………………………………………………………….

In riferimento alla nota “richiesta CID/denuncia sinistro ” il/la sottoscritto/a …………………………. (infortunato/a) dipendente presso questo Istituto, ai sensi dell’ Art. 17 - comma 17 del CCNL Comparto Scuola e del Comma 8 dell’ Art. 21 del CCNL Area V, comunica:

* Il sinistro in cui è stato/a coinvolto/a è avvenuto in data …………………………………, alle ore……………, in Via ………………………………….. nel Comune di ..………………………………… Prov……..
* Il/La sottoscritto/a viaggiava come …………………………. (conducente/trasportata), sul veicolo ……….………………………….. di proprietà di ………………………………. tg… ………………. Assicurato con ……………………………………………………………………….. Polizza n. …………………………………………………..
* L’altro mezzo coinvolto ……………………………………………………(autovettura o altro veicolo) di proprietà di ………………………………. tg. .………………. Assicurato con ……………………………. Polizza n. ………………………………………., conducente ….………………………….. .

Vi preciso, che l’infortunio sopra descritto si è verificato in itinere non itinere

DESCRIZIONE DELL’INCIDENTE

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

Firma del dipendente

………………………………. Lì ……………… …………………………………