Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale

“DON MILANI”

Via Belisario Corenzio, 46

84129 SALERNO

saic8b600g@istruzione.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

( art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Cognome e Nome

nato/a Luogo il Data, Codice Fiscale C.F.

Residente a Luogo , Provincia Prov CAP 00000 in Via Via , Telefono Numero

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di con contratto a tempo

D I C H I A R A

Che giorno/il giorno alle ore mentre prestava regolare servizio nel plesso di Scegliere un elemento. classe ha rilevato che l’alunno/a

(breve descrizione dell’incidente)

immettere testo

TIPO DI LESIONE RIPORTATA: immettere testo.

Il primo soccorso è stato prestato da immettere testo. Mediante immettere testo

 SI NO

Considerato che l’alunno/a presentava sintomi di sospetta gravità [ ]  [ ]

E’ stata avvertita la famiglia [ ]  [ ]

La famiglia ha provvisto a riprendere l’alunno/a alle ore 00:00 [ ]  [ ]

E’ stata attivata la procedura di pronto soccorso 118 [ ]  [ ]

Data, data.

 F.to IL/LA DICHIARANTE

 Fare clic qui per immettere testo.

 **VISTO:** **Il Dirigente Scolastico**

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