

**Brescia 17/04/25**

**A TUTTO IL PERSONALE**

**COMUNICAZIONE DI SERVIZIO N. 46 AF 24/25**

**OGGETTO: COMUNICAZIONI SU SINISTRI**

Visti i tempi stretti nei quali è obbligo fare comunicazione all'INAIL su infortuni accaduti, invito tutti a porre la massima attenzione ed in particolare :

1. Nel caso di sinistri agli allievi durante l'orario scolastico che comportino l'intervento in pronto soccorso (ovvero in caso di rottura di occhiali / denti), è indispensabile che il docente dell'ora o di sorveglianza compili e mandi in amministrazione e alla segreteria di riferimento il modulo allegato debitamente compilato e firmato
2. Nel caso di sinistri avvenuti durante l'alternanza scuola lavoro vale quanto detto sopra, (avvisare le aziende che devono subito comunicare a Scuola Bottega quanto avvenuto e inviare la documentazione di pronto soccorso, se consegnata a loro, immediatamente alla scuola).
3. Le segreterie/i tutor sono tenuti a monitorare affinché vengano consegnati dall'allievo i documenti di pronto soccorso (la scuola ha 48 ore di tempo dal ricevimento della documentazione per inserire l'infortunio sul portale INAIL). In caso di ritardata comunicazione vi sono sanzioni che partono da 1200 euro a carico del datore di lavoro. Le sanzioni partono in automatico in quanto anche il pronto soccorso inserisce la pratica all'INAIL quindi viene fatto per controllo incrociato di dati e l'omessa denuncia fa scattare in automatico la sanzione). Pertanto non appena si ricevono i documenti sono da mandare immediatamente in amministrazione, preavvertendo telefonicamente della pratica.

La Direzione

La Direzione  
Prof.ssa Anna Maria Gandolfi

**SCUOLA BOTTEGA ARTIGIANI - IMPRESA SOCIALE S.R.L.**  
**P. IVA e C.F. 03865710986**

Sede Legale e Operativa.: Via Caleppe, 13 – 25125 Brescia Tel. e Fax 030/2301463 - mail: [segreteriacaleppe@scuolabottega.org](mailto:segreteriacaleppe@scuolabottega.org)  
Sede Operativa Via Ragazzi del '99, 11 - 25127 Brescia - Tel. e Fax 030/8374010 - mail: [info@scuolabottega.org](mailto:info@scuolabottega.org)  
Sede Operativa: Via Carducci, 43 – 25126 Brescia Tel. 030-8372713 - mail: [segreteriacarducci@scuolabottega.org](mailto:segreteriacarducci@scuolabottega.org)  
Sede Operativa: Via J.F. Kennedy, 93 - 25012 Viadana di Calvisano (BS) - Tel. 030/9686149 - mail : [viadanasegreteria@scuolabottega.org](mailto:viadanasegreteria@scuolabottega.org)  
Sede Operativa: Via Conte Berardo Maggi, 6 - 25012 Mezzane di Calvisano (BS) - Tel. e Fax 030/8365243 - mail: [segreteria@scuolabottega.org](mailto:segreteria@scuolabottega.org)  
Sede Operativa : Viale Europa n. 13 – 46043 Castiglione d/Stiviere – MN Tel. 0376/403232 – mail: [arealavoro@scuolabottega.org](mailto:arealavoro@scuolabottega.org)

La presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	SCUOLA BOTTEGA ARTIGIANI -IMPRESA SOCIALE SRL		
Indirizzo:	VIA CALEPPE, 13		
Telefono:	0308374010	Fax:	0308081415
Cod. Ministeriale:	03865710986	Cod. Fiscale:	03865710986
E-mail:	amministrazione@scuolabottega.org		
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG EUROPE S.A.:	32055		
Data effetto:	30/09/2019	Data scadenza:	30/09/2025
		Periodo di assicurazione:	30/09/2024-30/09/2025
Data Sinistro:	Ora:	Luogo:	
Il sottoscritto Cognome:	Nome:		Data di nascita:
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)			

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:		Nome:	
Nato a:	il:	Residente in Via:	
CAP:	Città:	Prov:	Classe/sezione:

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data:	Alle ore:
----------	-----------

AL RIGUARDO DICHIARA

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

--

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	Recapito Tel:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	Nome:
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	Recapito Tel:

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Via/Recapito Tel/Qualifica professionale)

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede  
**LUOGO  
 E DATA** 

\_\_\_\_\_

(Luogo e Data)

**FIRMARE  
 QUI** 

\_\_\_\_\_

(Firma dell'Insegnante)