



Comune di Bologna
 SETTORE GARE
 SERVIZIO ASSICURAZIONI

Bologna, _____

Scuole _____ Via _____ Tel _____

DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome, Nome _____ Anni _____

C.F. _____ Tel. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Data dell'infortunio _____ Ora _____ Descrizione _____

PERSONALE SCOLASTICO

Nome e Cognome _____

Firma _____