FIRMA PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DELLA DENUNCIA: Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO DESCRIZIONE INFORTUNIO DELL’I.C. S. “FRANCESCO CAPPELLI”**

Oggetto: denuncia infortuno (art. 53, R.D. 12 luglio 1934, n.1214 art. 20 del T.U. 10 gennaio 1957)

**DATI DATORE DI LAVORO**

Sede Amministrativa dell'infortunato: MIIC8DD005 - I.C. FRANCESCO CAPPELLI

Tipo scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_\_\_

Codice INAIL: 2704 - ALUNNI, PROFESSORI SCUOLE PRIMO CICLO

RECAPITI Stato: ITALIA Provincia: MILANO Comune: MILANO Cap: 20127 Indirizzo: VIA GIACOSA 46

Email: MIIC8DD005@istruzione.it Email PEC: miic8dd005@pec.istruzione.it

Osservazioni aggiuntive:

**DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI DELL’INFORTUNATO**

Codice fiscale infortunato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruolo infortunato DIRIGENTE DOCENTE PERSONALE ATA STUDENTE ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI DELL'ASSICURATO/DANNEGGIATO**

Qualifica Professionale

* ALUNNO CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEZ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA INFANZIA VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SCUOLA PRIMARIA VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SCUOLA SECONDARIA VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI LAVORATORE – CONTRATTO

* + Dipendente
* DOCENTE TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO
* PERSONALE SCOLASTICO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Lavoratore con contratto di formazione lavoro

Lavoratore per sostituzione

Prestatore di lavoro accessorio

Tirocinante

Data infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data decesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI DEL INFROTURNATO**

**DATI PERSONALI**

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESIDENZA DELL’INFORTUNATO**

Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO

La residenza è diversa dal domicilio SI NO

Cognome genitore (se <18 anni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome genitore 2 (se <18 anni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI CONTRATTUALI**

Parente del datore di lavoro SI NO

Persone a carico SI NO

Data assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data fine rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CCNL - Settore lavorativo CNEL Amministrazione Pubblica

CCNL - Categoria CNEL Scuola Comparto PUBBLICO

Qualifica assicurativa INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE; ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE (art. 4 n. 5 D.P.R. 1124/65)

Voce professionale

SCUOLA INFANZIA VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA PRIMARIA VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SCUOLA PRIMARIA VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCUOLA SECONDARIA VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono abitazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO**

**Data del sinistro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora sinistro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data conoscenza sinistro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Luogo sinistro (Luogo dell'evento/Località dei lavori/Unità produttiva): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ambito di accadimento

* Alternanza Scuola Lavoro;
* Altri luoghi della scuola;
* Altro
* Assemblee studentesche;
* Cambio ora;
* Gite, viaggi anche di integrazione culturale, passeggiate visite varie;
* Interscambi culturali;
* Initinere a piedi Initinere con altri mezzi Initinere con cicli e motocicli Initinere in autovettura
* Lezione in aula Lezione in laboratorio Lezione di educazione fisica/attività sportiva in genere
* Passeggiate e visite varie;
* Prescuola, doposcuola e Attività di mensa;
* Ricreazione;
* Spostamenti interni alla scuola;
* Stages, i tirocini formativi, alternanza scuola-lavoro ed interscambi culturali Tirocini informativi
* Trasferimenti interni ed esterni connessi allo svolgimento delle attività scolastiche;
* Uffici amministrativi Visite a cantieri, aziende o laboratori

Descrizione dettagliata dell'evento e del luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infortunio in itinere SI NO

Orario infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Incidente con mezzo di trasporto SI NO

Giorno festivo SI NO

* Tipologia incidente

Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente areo Incidente navale altro

**DESCRIZIONE**

In che modo è avvenuto l’infortunio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dove è avvenuto l'infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRESSO L’ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN ITINERE A piedi Su mezzi di trasporto Su mezzo di trasporto privato (TARGA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

IN USCITA DIDATTICA

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Era il suo lavoro consueto? SI NO

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo il lavoratore? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In conseguenza di ciò cosa è accaduto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se l'infortunio è avvenuto dall'alto indicare l'altezza in metri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NATURA DELLA LESIONE**

* + Altra natura della lesione
  + Ferita
  + Contusione
  + Lussazione, distorsione, distrazione
  + Frattura
  + Perdita anatomica
  + Lesione da agenti infettivi e parassitari
  + Lesione da altri agenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Corpi estranei
  + Lesioni da sforzo

**SEDE DELLA LESIONE**:

* + Altra sede della lesione
  + Cranio
  + Encefalo
  + Naso
  + Bocca
  + Faccia
  + Collo
  + Cuore e organi mediastino
  + Fegato
  + Milza
  + Stomaco e organi intestinali
  + Organi uri genitali
  + Parete addominale
  + Colonna vertebrale/cervicale Colonna vertebre/toracica
  + Colonna vertebrale/lombare Colonna vertebrale --midollo/sacro e coccige
  + Occhio sinistro Occhio destro
  + Orecchio sinistro Orecchio destro
  + Cingolo toracico sinistro Cingolo toracico destro
  + Polmone sinistro Polmone destro
  + Parete toracica sinistra Parete toracica destra
  + Braccio sinistro Braccio destro
  + Gomito sinistro Gomito destro
  + Avambraccio sinistro Avambraccio destro
  + Polso sinistro Polso destro
  + Mano sinistra Mano destra
  + Pollice sinistro Pollice destro
  + Indice sinistro Indice destro
  + Medio sinistro Medio destro
  + Anulare sinistro Anulare destro
  + Mignolo sinistro Mignolo destro
  + Cingolo pelvico sinistro Cingolo pelvico destro
  + Coscia sinistra Coscia destra
  + Ginocchio sinistro Ginocchio destro
  + Gamba sinistra Gamba destra
  + Caviglia sinistra Caviglia destra
  + Piede sinistro Piede destro
  + Alluce sinistro Alluce destro
  + Altre dita sinistro Altre dita destre

Altra natura della lesione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altra sede della lesione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ci sono persone ritenute RESPONSABILI dei fatti?**

* Responsabile

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ci sono TESTIMONI?**

* Testimone

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ci sono eventuali veicoli coinvolti?**  SI NO

* Veicoli Coinvolti Targa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Compagnia assicuratrice RCA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Autorità intervenuta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DATI CONDUCENTE

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI PER L'AUTORITÀ**

La lesione ha provocato la morte SI NO

La lesione può provocare la morte SI NO

La lesione può provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale: SI NO

Giorni di inabilità temporanea al lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Giorni per conoscere l'esito definitivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERZI**

Altre persone lese nel medesimo infortunio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Destinatari delle comunicazioni della Direzione Provinciale del Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA INCIDENTE**

Durante quale ora di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante il turno di notte SI NO

Data del decesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L'infortunato ha abbandonato il lavoro SI NO

Data abbandono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orario abbandono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il datore di lavoro era presente SI NO

Il datore ha saputo il fatto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La descrizione corrisponde a verità SI NO

Note

**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Identificativo

Data rilascio

Data ricez. da D.L. riferimenti certificato

Prognosi riservata SI NO

Malattia infortunio SI NO

Periodo di prognosi DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO DESCRIZIONE INFORTUNIO - PARTE 2**

Identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data in cui il D.L. ha ricevuto i rif. del certificato medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di prognosi SI NO

Malattia infortunio SI NO

Periodo di prognosi Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data

Milano,

Firma