

Luogo....., data .....

Al Dirigente/Direttore del Dipartimento

.....

Il/La sottoscritto/a

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Qualifica</b> (per il personale T/A, docente e ricercatore indicare se a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo determinato o indeterminato)			
<b>Nato a</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>		<b>Cittadinanza</b>	<b>Stato civile</b>
<b>Residente in (via, piazza, n. civico)</b>		<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>
<b>Domiciliato in (via, piazza, n. civico)</b>		<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>
<b>Telefono abitazione</b>	<b>Cellulare</b>	<b>E-mail</b>	

comunica di aver subito un infortunio come di seguito descritto:

<b>Luogo dell'evento</b>		<b>Indirizzo (via, piazza, n. civico)</b>		
		<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	<b>CAP</b>
<b>Data dell'evento (GG/MM/AAAA)</b>		<b>Alle ore (HH:MM)</b>		
<b>Data abbandono luogo di lavoro (GG/MM/AAAA)</b>		<b>Alle ore (HH:MM)</b>		

<b>Dati relativi al certificato medico</b> (art. 53 del DPR n. 1124/1965 così come modificato dal D.Lgs. n. 151/2015 art. 21 comma 1 lett. b)		
<b>N. identificativo del certificato</b>	<b>Data rilascio</b>	<b>Prognosi (dal ..... al ....)</b>

<b>Descrizione dell'infortunio, con indicazione dettagliata delle modalità dell'evento e delle cause che hanno determinato il sinistro, con indicazione dell'ora di lavoro in cui è successo l'evento (es. 1°, 2°...6° ora di lavoro)</b>


TESTIMONI				
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP

In caso di infortunio causato dalla circolazione di veicoli a motore e di natanti, indicare:

PRIMO VEICOLO				
Modello		Targa		Compagnia assicurativa
Dati del conducente				
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP
Dati del proprietario (se diverso dal conducente)				
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP

SECONDO VEICOLO				
Modello		Targa		Compagnia assicurativa
Dati del conducente				
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP
Dati del proprietario (se diverso dal conducente)				
Cognome		Nome		
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.	CAP

Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi	
--	--

Si allega certificazione medica.

Firma dell'infortunato

*N.B: ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 1124/1965 art. 52 si ricorda che "il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia di qualsiasi infortunio che gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro"*