

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

e p.c

Al Responsabile Infortuni  
Al Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_  
All'UP Amministrazione Personale Docente  
e Ricercatore

Il/La sottoscritto/a

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		
<b>Qualifica</b>				
professore ordinario/ professore associato/ ricercatore universitario/ ricercatore a tempo determinato regime di impegno: pieno / definito				
<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>CAP</b>
<b>Domiciliato in (via, piazza, n. civico)</b>		<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	<b>CAP</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>





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"*

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

L'informativa per il trattamento dei dati personali del personale docente, ricercatore, tecnico amministrativo strutturato dell'Università di Firenze è pubblicata sul sito di Ateneo al percorso Home page>Ateneo>Protezione dati, al seguente link: <https://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html>

Firenze, li \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante

---