

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

Al Dirigente/Direttore del Dipartimento/RAD

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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>





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"*