



MODULO DENUNCIA
POLIZZA ASSICURATIVA INFORTUNI STUDENTI
DEL CDL INFERMIERISTICA LUM
TIROCINANTI PRESSO L'OSPEDALE
REGIONALE MIULLI

DATI PERSONALI DELL'INFORTUNATO/A

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ A _____ PROV. _IL _____

CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

ISCRITT_ AL CORSO DI LAUREA _____ MATRICOLA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

INDIRIZZO _____ NUM. _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____

INDIRIZZO DI DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

INDIRIZZO _____ NUM. _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____

Per una migliore gestione del sinistro vi autorizzo, ai sensi del D.lgs. 196/2003, ad inviarmi ogni comunicazione all'indirizzo e-mail: _____

Ufficio ... , LUM

Via ...

tel.

e-mail:

PEC: _...

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'INFORTUNIO:

I sottoscritt_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'infortunio è avvenuto con le seguenti modalità

L'infortunio sopra descritto è avvenuto:

in itinere durante l'espletamento del:
Tirocinio Laboratorio Didattica Altro: _____

Lo/la studente/studentessa accetta non accetta la visita in Pronto Soccorso

COMPILARE IN CASO DI INABILITÀ DA INFORTUNIO (per prognosi superiori a 0 giorni)

Data dell'infortunio: ____/____/____ Ora dell'infortunio: _____

Durante quale ora di lavoro (1°, 2°, ecc.): _____

Ha abbandonato il luogo del lavoro: SI NO

Luogo dell'evento (con relativo indirizzo, anche se in itinere):

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- Certificazione medica di infortunio lavorativo INAIL – **copia per il Datore di Lavoro** (rilasciato dal pronto soccorso);
- Verbale di pronto soccorso rilasciato dal Pronto Soccorso;
- Informativa sulla Privacy;
- Dichiarazione responsabile di struttura o docente/TUTOR responsabile;
- Altro

 sottoscritt , presa visione dell’informativa resa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche particolari.

Data _____ Firma dell’infortunato/a _____

=====

Il Tutor Tirocinio/Il Docente <i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	_____
	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>

Il Tutor	_____
	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>

Il Direttore ADP	_____
	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>