

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale dipendente)
(da inviare a mezzo raccomandata o consegna a mano)

All'Università degli Studi di Padova
Servizio Coordinamento Fiscale e IVA
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova

Oggetto: comunicazione di avvenuto infortunio

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. il sesso M F
residente in prov. cap via n.
domicilio in prov. cap via n.

(compilare solo se diverso dalla residenza)

codice fiscale tel. e-mail/pec
stato civile cittadinanza persone a carico: Sì No
afferre alla struttura data di assunzione
con qualifica area

(qualifica: B, C, D, EP, docente) (area: amministrativa, tecnica-tecnica scientifica-elaborazione dati, biblioteche, socio-sanitaria)

comunica di aver subito un infortunio il giorno alle ore presso
..... Comune di in via

Si riserva di inviare, a conclusione del procedimento, il certificato medico definitivo che attesti
l'avvenuta guarigione.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva riportante la dinamica dell'infortunio
- certificato INAIL rilasciato dal pronto soccorso
- dichiarazione responsabile di struttura
- copia documento di identità (obbligatorio)
- constatazione amichevole di incidente e/o altro documento atto a risalire ai dati assicurativi del
responsabile dell'infortunio (es.: verbale polizia municipale) (in caso di infortunio in itinere)

..... Firma dichiarante
(luogo) (data)

NB: I dati della presente comunicazione saranno trattati in conformità al Titolo III, capo I e II del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Padova, conseguenti all'infortunio occorso. Autorizzo l'Università degli Studi di Padova a trasmettere all'INAIL, all'autorità di pubblica sicurezza e alle compagnie assicurative i miei dati personali per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio.

.....
(luogo) (data) Firma dichiarante
.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000

Il/La sottoscritto
nato/a a il 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 del giorno
è avvenuto alle ore in località secondo le seguenti
modalità (descrivere cause e circostanze dell'infortunio):

All'infortunio erano presenti (cognome, nome, qualifica, indirizzo di residenza):

.....
.....
.....
.....

(luogo)

(data)

Firma dichiarante

.....

NB: I dati della presente comunicazione saranno trattati in conformità al Titolo III, capo I e II del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Padova, conseguenti all'infortunio occorso.

.....

(luogo)

(data)

Firma dichiarante

.....

INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE O NATANTI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000

Il/La sottoscritto
nato/a a il 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 del giorno
è avvenuto alle ore in località secondo le seguenti
modalità (descrivere cause e circostanze dell'infortunio):

Dati relativi ai veicoli coinvolti

PRIMO VEICOLO

Targa Compagnia assicurativa
Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta

CONDUCENTE:

Cognome Nome Indirizzo
Nazione Comune Prov. CAP

PROPRIETARIO (se diverso dal conducente)

Cognome Nome Indirizzo
Nazione Comune Prov. CAP

SECONDO VEICOLO

Targa Compagnia assicurativa
Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta

CONDUCENTE:

Cognome Nome Indirizzo
Nazione Comune Prov. CAP

PROPRIETARIO (se diverso dal conducente)

Cognome Nome Indirizzo
Nazione Comune Prov. CAP

All'infortunio erano presenti (cognome, nome, qualifica, indirizzo di residenza):

.....
.....
.....
.....

(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

NB: I dati della presente comunicazione saranno trattati in conformità al Titolo III, capo I e II del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Padova, conseguenti all'infortunio occorso.

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

All'Università degli Studi di Padova
Servizio Coordinamento Fiscale e IVA
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova

Oggetto: infortunio sig./ra
avvenuto il

Il/La sottoscritto/a

In qualità di.....

(indicare: Responsabile di Struttura o Docente Responsabile)

presa visione della dichiarazione resa da

in data relativa all'infortunio in oggetto

dichiara:

- di essere stato presente si no
- se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità si no
- se no, perché

.....
(luogo) (data)

Firma

.....