

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale non dipendente nei casi di punture accidentali, abrasioni superficiali, contatto con fluidi corporei etc.)

(da inviare a mezzo raccomandata, consegna a mano o posta elettronica)

All'Università degli Studi di Padova
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova
Tel: 049 8273121
Mail: trattamenti.economici@unipd.it

Oggetto: comunicazione di avvenuto infortunio

I sottoscritt_

nat_ 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

in qualità di del corso con matricola n

(indicare la posizione ricoperta all'interno dell'Università. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: studenti dei corsi di studio, di master, di dottorato, di specializzazione, di perfezionamento), stagisti, borsisti dell'Ateneo o di ogni altro ente pubblico o di privati, assegnisti, tirocinanti, volontari del servizio civile, frequentanti, collaboratori a qualsiasi titolo che svolgano la loro attività nell'ambito delle attività principali e secondarie dell'Università, sia in sede che presso ogni altro organismo pubblico o privato in tutto il mondo.

COMUNICA

di aver subito un infortunio il giorno alle ore presso

Comune di in via

CHIEDE

di trasmettere alla Compagnia Assicuratrice la documentazione sotto riportata e ogni altro dato personale necessario alla gestione della pratica relativa all'infortunio in oggetto.

Allega (tutti i documenti indicati sono obbligatori):

- dichiarazione sostitutiva riportante la dinamica dell'infortunio
- certificato INAIL rilasciato dal pronto soccorso
- dichiarazione responsabile di struttura o docente responsabile
- copia della documentazione medica
- copia delle ricevute per spese mediche e farmaceutiche sostenute con relativa prescrizione
- modulo Assicurazioni Generali Italia S.p.A. per il trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto
- copia documento di identità

Si riserva di inviare, solo in caso di esito positivo, gli accertamenti sanitari obbligatori previsti per legge ed eseguiti secondo la procedura di follow up.

Prende atto che:

- l'art. 2952 del codice civile stabilisce in due anni il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto di assicurazione; pertanto, qualora non vi siano ulteriori comunicazioni entro due anni dalla data dell'infortunio o da quella dell'ultima comunicazione effettuata dall'infortunato, l'infortunio si intenderà prescritto;
- qualora il sinistro rientri nelle tipologie previste dalla polizza infortuni stipulata dall'Ateneo, il rimborso delle eventuali spese sostenute è condizionato dalla consegna in originale dei giustificativi di spesa (es: scontrini, fatture).

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

 sottoscritt, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata nella sezione Privacy del sito istituzionale dell'Università all'indirizzo <https://www.unipd.it/privacy>, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali particolari.

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

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

 sottoscritt_ nat_ 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):

.....
.....

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

 sottoscritt_, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE
2016/679 pubblicata nella sezione Privacy del sito istituzionale dell'Università all'indirizzo
<https://www.unipd.it/privacy>, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali particolari.

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

All'Università degli Studi di Padova
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova
Tel: 049 8273121
Mail: trattamenti.economici@unipd.it

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA O DOCENTE RESPONSABILE

I sottoscritt_
In qualità di
(indicare: Responsabile di Struttura o Docente Responsabile)
presa visione della dichiarazione resa da
in data relativa all'infortunio occorso il giorno.....

DICHIARA

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

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante
.....