

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale dipendente)
(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 **dipendente**

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

affidente alla struttura

con contratto a tempo: Determinato Indeterminato

orario: Tempo pieno Tempo parziale

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

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
- 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)

Si riserva di inviare, a conclusione del procedimento, il certificato medico di guarigione (con o senza postumi invalidanti).

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

.....

I 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):

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

(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

.....

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

.....

(da utilizzare in caso di 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

l sottoscritto 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):

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

.....

I 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

.....