

(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](mailto: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](mailto: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

.....