

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale non 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: 049 827 3232/3148/3127/3121  
E-Mail: [trattamenti.economici@unipd.it](mailto: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 .....

#### TRASMETTE

All'Ufficio competente 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 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

\_I\_ 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

.....

\_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

.....

All'Università degli Studi di Padova  
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare  
Riviera Tito Livio, 6  
35123 Padova  
Tel: 049 827 3232/3148/3127/3121  
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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> di essere stat_ presente                                     | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> se no, perché .....  |   |

.....  
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

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

Il 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

.....