

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale dipendente in missione/per adempimenti di servizio)
(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 il residente in prov.
cap via n.
codice fiscale tel.
e-mail afferente alla struttura
con qualifica area
(qualifica: B, C, D, EP, docente) (area: amministrativa, tecnica, tecnica-scientifica, elaborazione dati, biblioteche,
socio-sanitaria) autorizzato a servirsi del mezzo di trasporto, comunica di aver subito
un infortunio durante un incarico di missione il giorno alle ore
presso Comune di

Si riserva di inviare, a conclusione del procedimento, il certificato medico definitivo.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva riportante la dinamica dell'infortunio
- documentazione medica e/o spese mediche e farmaceutiche
- dichiarazione responsabile di struttura

.....

(luogo)

(data)

Firma dichiarante

.....

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

Il/La sottoscritto/a
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):
.....
.....
.....
.....

Allega fotocopia di documento di identità. (*)

.....
(luogo) (data)

Firma

.....

(*) La fotocopia di un documento di identità è obbligatoria

(da allegare alla comunicazione di avvenuto infortunio)

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

.....