

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

(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) comunica di aver subito un infortunio 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
- certificato INAIL rilasciato dal pronto soccorso
- 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

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

.....