DENUNCIA DI INFORTUNIO DEL DIPENDENTE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "E. Fermi" – Lecce

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____
alla Via _____ tel. _____
e-mail: _____ in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo determinato/indeterminato in qualità di _____

comunica che

il giorno _____ alle ore _____

si è verificato un infortunio che lo ha coinvolto, di seguito descritto:

In che modo è avvenuto l'infortunio? _____

_____

_____

Dove è avvenuto l'infortunio? _____

_____

_____

Che tipo di lavorazione che stava svolgendo? _____

_____

_____ Era il suo lavoro consueto? SI/NO ____

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? _____

_____

_____

In conseguenza di ciò cosa è avvenuto? _____

_____

Eventuali lesioni fisiche: _____

_____

Eventuali responsabili dell'infortunio: _____

_____

Eventuali testimoni: (nome-cognome-indirizzo) _____

_____

_____

Le prime cure sono state prestate da: _____

_____

L'infortunato ha abbandonato la sede scolastica? _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali e fornisce con la presente la relativa liberatoria ai fini della denuncia e della gestione del sinistro.

Allegati: _____

_____

Data _____ Firma