

ALL' IRCCS

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL' UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI GENOVA

AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI
.....

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Tel. _____

(si prega indicare il n° di cellulare per la rapida definizione della pratica: _____)

Medico specializzando in _____

Unità Operativa in cui presta servizio _____

Data inizio rapporto di specializzazione _____ attuale anno di corso _____

Situazione familiare (barrare): Persone a carico SI NO

Coniug. Cel./nub. Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

L'infornio è avvenuto il giorno _____ alle ore _____ Via _____

All'interno della struttura: SI NO

Se si in quale struttura e in quale reparto? _____

Durante quale ora di attività: (prima, seconda, terza, ecc..) _____

Durante il turno notturno? SI NO

L'orario giornaliero avrebbe dovuto essere dalle ore _____ alle ore _____

Data e ora di abbandono dell'attività _____

Descrizione dell'attività svolta al momento dell'infornio _____

Descrizione particolareggiata della dinamica dell'infornio _____

Data prima visita _____ e Presidio sanitario che l'ha effettuata _____

Al fatto era/erano presente/i il/i sig./sig.ri _____

Si allega documentazione sanitaria.

Data _____

Firma _____

IMPORTANTE: SI PREGANO I SIGG. MEDICI IN FORMAZIONE DI TELEFONARE SEMPRE ALLE REFERENTI DELL'UFFICIO INFORTUNI DI COMPETENZA, AI SEGUENTI NUMERI TELEFONICI:

- IRCCS S. MARTINO IST: GABRIELLA MISITANO TEL. 010 555 2601,

ANTONELLA RIZZO TEL. 010 555 2073, SIMONA BAROZZI TEL. 010 555 2487

- IRCCS GASLINI: PATRIZIA POZZOLO TEL. 010 5636 2809, CARLA PACI TEL. 010 5636 2680