

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'incidento 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'incidento

Descrizione particolareggiata della dinamica dell'incidento:

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 NUMERITELEFONICI:

IRCCS OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO: Marco MOLINELLI 010 555 2099 – marco.molinelli@hsanmartino.it

Antonella RIZZO TEL. 010 555 2073 – antonella.rizzo@hsanmartino.it

ISTITUTO GIANNA GASLINI: Patrizia POZZOLO TEL. 010 5636 2809 – patriziapozzolo@gaslini.org