

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

Oggetto: Comunicazione di avvenuto infortunio sul lavoro

Sesso:

Il/la sottoscritto/a F M

nato/a a Prov. il

Residente a Prov. CAP

Indirizzo N.civico Interno

N.B. Compilare il domicilio solo se diverso dalla residenza

Domicilio in Prov. CAP

Indirizzo

Codice fiscale Tel/Cell. E-mail/PEC

Stato Civile Cittadinanza Persone a carico SI
 NO

Afferente alla struttura/Azienda Ospitante

Data assunzione / Data inizio tirocinio

Qualifica Area

(Qualifica: B, C, D, EP, Docente, Studente/Tirocinante)

Area: Amministrativa, Amministrativa Gestionale, Tecnica Tecnico
Scientifica Elaborazione Dati, Biblioteche, Socio sanitaria,
Servizi Generali e Tecnici (**Non compilare per i tirocinanti**)

Corso di Laurea

Se personale Tecnico Amministrativo indicare il tempo: Tempo Pieno Tempo Parziale

Se personale Docente indicare il tempo: Tempo Pieno Tempo Definito

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di aver subito l'infortunio Sul luogo di lavoro In Itinere

di aver subito l'infortunio in data alle ore

di aver preso servizio alle ore di aver abbandonato il servizio alle ore

Luogo

nel Comune di in Via

