

POLICLINICO TOR VERGATA

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E LE ALTRE PROFESSIONALITA' CONVENZIONATE AI SENSI DELL'ACN 17.12.2015

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____ Via _____ n _____

branca/disciplina di _____

Dipartimento/Unità operativa di afferenza _____

Data infortunio ____ / ____ / ____ ore _____ Data inizio inabilità al lavoro ____ / ____ / 20____

Prognosi primo certificato gg _____ Diagnosi _____

Cause e circostanze dettagliate _____

Specificare:l'attività svolta al momento dell'infortunio, l'evento imprevisto e la relativa conseguenza di quanto accaduto: _____

Testimoni presenti⁽¹⁾ _____

Firma del dipendente

Spazio riservato al Responsabile

Il sottoscritto _____ Responsabile del Dipartimento/UOC/Struttura di _____ prende atto della dichiarazione resa dal dipendente che **si ritiene/non si ritiene veritiera***, rappresentando che lo stesso il giorno _____ alle ore _____ **ha prestato/doveva prestare*** servizio presso _____ effettuando il seguente turno di servizio di _____ dalle ore _____ alle ore _____.

Roma, _____

Firma del Responsabile

* barrare la voce che non interessa

N.B.: È OBBLIGATORIO COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI

DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, GESTIONE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI

Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato