

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Dich. dipendente per INAIL (PERS.MO.1519.00).doc pag1/1
---	---------------	--

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE (resa sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 225/2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000)

Descrizione dell'infortunio occorso al dipendente _____

Sede di lavoro (Reparto, Servizio, ecc.) _____

Cause e circostanze dell'infortunio _____

n. telefono dipendente _____

L'infortunio è avvenuto il _____ alle ore _____

Ore trascorse dall'inizio del lavoro _____

L'infortunato ha abbandonato il lavoro il _____ alle ore _____

L'infortunio è avvenuto nel comune di _____ cap _____

Luogo dell'infortunio _____

In caso di infortunio provocato da circolazione di veicoli a motore e di natanti, indicare cognome, nome, indirizzo e telefono dei conducenti e dei proprietari dei veicoli coinvolti, numeri di targa, Compagnie Assicuratrici (Legge 24.12.69, N. 990), Autorità intervenuta

Testimoni all'infortunio (Cognome, nome, domicilio, n. di telefono, indirizzo e-mail)

Natura e precisa sede anatomica della lesione

Per le cure, l'infortunato è stato avviato _____

Data _____

Firma del dipendente
