

## MODULO PER DENUNCIA INFORTUNI

Il/la dipendente \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_,

CAP \_\_\_\_\_, in forza presso la **SANITASERVICE ASL BA srl** con la qualifica di \_\_\_\_\_,

presta servizio presso (specificare quale distretto/presidio ospedaliero) \_\_\_\_\_,

### DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo dell'incidento \_\_\_\_\_

Data e ora dell'incidento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Data e ora di abbandono luogo di lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Dinamica dell'incidento:

---

---

---

---

---

---

---

---

Turno di lavoro assegnato per il giorno dell'evento: Dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

In allegato, il/la dipendente consegna:

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

In fede il dichiarante dipendente

(firma) \_\_\_\_\_

Il Referente Sig./Sig. ra \_\_\_\_\_:

- conferma orario e turno di lavoro assegnato per il giorno dell'evento, come sopra indicato.
- conferma che **non trattasi / trattasi** di infortunio da contagio COVID e che non vi sono/vi sono altri colleghi con positività accertata stesso **reparto e/o area**.

Firma Referente

\_\_\_\_\_