

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
