

.....

OGGETTO: Infortunio del dipendente

..l.. sottoscritt... ..,

in servizio presso codesta Scuola

in qualità di Docente Ata A TEMPO Indeterminato Determinato

dichiara sotto la propria responsabilità di aver subito un infortunio nelle seguenti circostanze:

Data e ora esatta dell'infortunio:

Luogo presso il quale si è verificato:

Descrizione particolareggiata del modo in cui l'infortunio è avvenuto:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allego:

certificato medico

certificato di ricovero ospedaliero

altra documentazione

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari.....».

.....
luogo e data

.....
Firma del dipendente