



MODULO DI SEGNALAZIONE INFORTUNIO

Al Magnifico Rettore

Sede

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO		
Cognome:	Nome:	
Codice Fiscale:	Cittadinanza:	
Luogo di nascita	data di nascita:	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo di residenza :		
Città	Cap	Via
Indirizzo di domicilio , SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:		
Città	Cap	Via
Struttura di appartenenza		
Qualifica		
Ex Studente in tirocinio extracurricolare presso ente ospitante (indicare ragione sociale ente ospitante)		
Tirocinio dal/...../..... al...../...../.....		
Tel. cellulare:	Tel. fisso:	E-mail:

INFORTUNIO		
Certificato INAIL n.	del	
con prognosi dal	al	
Data evento:	Ora:	Ora lavorativa (I, II...):
Luogo (indirizzo preciso):		
L'fortunato ha abbandonato il lavoro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, a che ora?	
Macchina/attrezzatura/impianto/altro:		
Indossava i Dispositivi di Protezione Individuale? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non previsti		
Infortunio in itinere? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, percorso:	
Incidente su mezzo di trasporto? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, quale?	



MODULO DI SEGNALAZIONE INFORTUNIO

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADUTO, PRECISANDO LUOGO (es: ufficio, reparto, divisione ..), ATTIVITÀ SVOLTA, IMPREVISTO CHE HA CAUSATO L'INFORTUNIO E CONSEGUENZE

Era il lavoro svolto di consueto saltuariamente

EVENTUALI TESTIMONI: (cognome, nome, indirizzo, recapito telefonico)

Informativa in merito al Trattamento di Dati Personali

I dati raccolti con il presente modulo e quelli comunque acquisiti dall'Ateneo saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 679/2016 - GDPR), in ordine all'adempimento delle disposizioni di Legge in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; il loro conferimento è pertanto obbligatorio.

L'Università degli Studi di Parma si riserva pertanto di comunicare agli Enti competenti i dati personali in parola, nel rispetto della normativa su richiamata.

ALLEGATI:

- certificato medico
- in caso d'infortunio in itinere, copia Constatazione Amichevole e/o verbale redatto dalle Autorità

Il Responsabile aziendale

Il Tirocinante