

**MODULO DI NOTIFICA INFORTUNIO
PER STUDENTI ISCRITTI AI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
(inviare a mezzo email a paola.luccitti@unibs.it).**

La/il sottoscritta/o _____
iscritta/o al _____ anno del Corso di Laurea in _____
SEZIONE DI _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ cap _____ prov _____
recapito telefonico _____ indirizzo email _____
si è infortunata/o il giorno _____ alle ore _____
durante il turno di Giorno Notte

L'infortunio è avvenuto nel modo seguente:

Riportare una descrizione particolareggiata delle cause e circostanze. In particolare:

- a) dove è avvenuto l'infortunio
- b) al momento dell'infortunio cosa faceva lo studente
- c) cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio
- d) in conseguenza a ciò cosa è avvenuto
- e) indicare eventuali testimoni

NOTA BENE PER GLI ADEMPIMENTI INAIL DELL'UNIVERSITA'

- per infortuni con prognosi superiore a tre giorni inviare la presente notifica e la certificazione medica rilasciata dal pronto soccorso all'indirizzo indicato in alto a destra del presente modulo;
- per infortuni in **ITINERE (spostamento casa/azienda – azienda/casa**, SPECIFICARE (barrando la casella) se la pianificazione teorico pratica relativa al giorno dell'infortunio:
 - € PREVEDEVA
 - € NON PREVEDEVAattività di tirocinio, esperienze tecnico scientifiche o esercitazioni pratiche.

Si informa che i dati forniti saranno trattati esclusivamente per fini istituzionali, in conformità all'informativa sulla privacy, art. 13 del D.lgs. 196 del 30/6/2003, pubblicata sul sito web dell'Ateneo.

Firma dello studente _____

Firma e timbro Segreteria del Corso di Laurea o assistente del tirocinio
