



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTI E SCUOLA
DI AREA MEDICA
SETTORE AMMINISTRAZIONE

Via Perrone,18 –28100 Novara NO
Tel. 0321/660627-568–645
Fax 0321/660521
didattica.profsan@uniupo.it

Modulo n. 1
“Autodichiarazione dell’infortunato”

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/00 e ss. mm.

e

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/00 e ss.m m.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle norme penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

Nome e Cognome:

Luogo e data di nascita:

Residenza (Via, n. Civico, Città, C.A.P.):

Recapito telefonico:

Carta di Identità:

Qualifica (corso di laurea, anno di corso, matricola):

Data, ora e luogo del sinistro:



Descrizione dettagliata dell'evento (scrivere dinamica del sinistro e barrare anche una delle opzioni sottoindicate):

Infortunio in Loco ----- Infortunio in Itinere

Eventuali testimoni:

Responsabile della struttura:

Nota Bene:

"In caso di mancato invio della documentazione medica attestante il decorso dell'infortunio e/o della dichiarazione di guarigione rilasciata dal medico (vedi modulo 3), decorsi due anni dalla data del sinistro la pratica non potrà avere seguito e si perderà il diritto a eventuali i ndennizzi."

Il sottoscritto

LUOGO e DATA -- _____, ____ / ____ / _____

Allegati:

- *Fotocopia carta identità*
- *Fotocopia tessera sanitaria*
- *Originali documentazione medica*