

DICHIARAZIONE INFORTUNIO

I /L_ sottoscritt _____

Cod.Fisc. _____ nat_ a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Cap. _____ Tel. _____ in servizio presso la sede _____

di _____ in qualità di _____ con contratto _____

dichiara che il giorno _____ alle ore _____ (avendo un orario di servizio dalle ore _____ alle ore _____)

mentre _____

Il/La sottoscritt_ dichiara di _____ aver abbandonato il lavoro il _____ alle ore _____.

Il datore di lavoro è stato avvisato dell'infornunio il _____.

Il/La sottoscritt_ consegna il primo certificato medico il _____ per l'inoltro della pratica d'infornunio alle competenti Autorità e/o alla Compagnia Assicurativa.

Testimoni dell'accaduto: _____

Veicoli coinvolti nel sinistro:

nome e cognome conducenti veicoli coinvolti	Indirizzo	Telefono	Targa	Compagnia Assicuratrice

Autorità intervenuta: _____

Firma

Data
