



MODULO AZIENDALE GESTIONALE

MAG28

DICHIARAZIONE INFORTUNIO

Rev.6 del 18/03/2019
Pagina 1 di 2

DA COMPILARSI A CURA DELL'INFORTUNATO O SUO DELEGATO E CONSEGNARE
UNITAMENTE AL CERTIFICATO MEDICO D'INFORTUNIO NELLE SEDI INDICATE IN CALCE

Dichiarazione relativa all'incidento occorso a

Nome Cognome Cod. Fisc.

nato/a a il , sesso ☐ F ☐ M, tel

cittadinanza ☐ italiana ☐ altro, specificare

Residente a , via , cap

Domiciliato a , via , cap

in servizio presso con qualifica

tipologia infortunato: ☐ Dipendente AOUI (matricola n) ☐ Specializzando presso AOUI ☐ Altro, specificare

(parasubordinato, borsista, tirocinante, allievo)

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato (dal al) ☐ tempo pieno ☐ part time con % e art.ne

dati infortunio: data , ora , ora lavorativa (prima, seconda, terza...)

ha abbandonato il lavoro: ☐ NO ☐ SI (in data , ore) (per gli infortuni in itinere indicare l'ora di fine turno)

L'infortunato ha avvertito il datore di lavoro: ☐ NO ☐ SI (in data)

Luogo dell'infortunio – dettagliare in maniera molto specifica:

☐ reparto/servizio (precisare se BT/BR, stanza, corridoio, scala...)

☐ altro:

L'infortunio è avvenuto lungo il tragitto casa – lavoro o viceversa? ☐ SI ☐ NO

L'infortunio è avvenuto presso altra Azienda? ☐ NO ☐ SI (Azienda: Codice Fiscale,)

Denominazione Azienda in regime di (es. comando...)

Descrizione **particolareggiata** di come è avvenuto l'infortunio (massimo 12 righe) – non è sufficiente scrivere “incidente”:

Quale attività stava svolgendo?

Durante tale attività quale azione ha provocato l'infortunio?

L'infortunio è stato determinato da un evento imprevisto? ☐ NO ☐ SI, specificare:

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto indicare l'altezza in metri:

Eventuale agente materiale responsabile dell'infortunio:



DATI TESTIMONE (se presente): Nome			Cognome		
Indirizzo				Tel.	
Veicolo coinvolto: ☐ NO ☐ SI, dettagli:					
Autorità intervenuta					
VEICOLO 1: Targa			compagnia assicuratrice		
CONDUCENTE: Nome			Cognome.		
Indirizzo				Tel.	
PROPRIETARIO (se diverso dal conducente): Nome			Cognome.		
Indirizzo				Tel.	
VEICOLO 2: Targa			compagnia assicuratrice		
CONDUCENTE: Nome			Cognome.		
Indirizzo				Tel.	
PROPRIETARIO (se diverso dal conducente): Nome			Cognome.		
Indirizzo				Tel.	

-Dirigenti medici e sanitari, specializzandi e titolari di borsa di studio conferita dall'AOUI afferenti ai DAI → **Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera (BT/BR)** (con orario: lun-gio 9-14; ven e prefestivi 9-12.30: tel. 045.8122290/2269 per BT, 045.8124203/6572 per BR)

-Dipendenti AOUI del comparto, dirigenti e titolari di borsa di studio conferita dall'AOUI afferenti al Dipartimento Amministrativo Unico e alle Direzioni Aziendali, lavoratori parasubordinati AOUI, allievi corsi di formazione organizzati da AOUI, assegnatari tirocinio attivato da AOUI → **UOC Gestione Risorse Umane, Personale in Convenzione e Rapporti con l'Università** – Area Presenze Assenze (all'interno del complesso ospedaliero di Borgo Trento, padiglione 26, con orario: lun-gio 8.30-15.30, ven e pre festivi 8.30-12; tel. 045.8121881)

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Il/La sottoscritto/a è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. **I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica.** I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679).

Il / la sottoscritto / a è consapevole:

- di dover consegnare il certificato di chiusura e gli eventuali certificati di continuazione dell'infortunio sia all'AOUI che all'INAIL;

-di dover consegnare il "MU F 13 Assenza causata da colpa di terzi" al rientro dall'assenza in caso di infortunio provocato da un terzo;

- che può riprendere la propria attività lavorativa unicamente il giorno successivo a quello indicato come ultimo di prognosi o, in caso di più certificati, il giorno successivo a quello in cui viene redatto il certificato di chiusura dell'infortunio stesso;

- che dopo un'assenza di 60 giorni per infortunio sarà inviato dal proprio responsabile a visita presso la Sorveglianza Sanitaria;

- che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell' UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;

-di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Data _____

Firma dell'infortunato _____

Se presentato da un delegato

Per l'infortunato _____

(in qualità di _____)