MOD.2 – Docenti e ATA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. N°1 INTERCOMUNALE
RAVENNA – CERVIA (RA)

Il/ La sottoscritt___ _____ nato a

_____ il _____/_____/_____ residente a _____ Via

_____ in servizio presso la scuola _____ di

_____

DICHIARA

6. di aver avvisato in data odierna la segreteria dell'Istituto circa l'infortunio occorsogli/le in data _____ durante la lezione di _____
7. di consegnare il referto medico, attestante le conseguenze del suddetto infortunio, alle ore _____ di oggi _____/_____/_____.
8. di non aver ritenuto opportuno recarsi né al pronto soccorso né dal proprio medico curante e quindi di non essere in possesso di alcuna certificazione medica
9. che consegnerà la documentazione in originale per spese sostenute per ottenere il rimborso dall'Assicurazione.
10. _____

_____

<u>Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che al termine di un anno dalla data dell'infortunio si prescriverà ogni diritto e che la pratica verrà archiviata.</u>

Firma dell'infortunato

data, _____/_____/_____ _____