AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO TARCENTO

MOD.2 – Docenti e ATA *(DA COMPILARE SEMPRE E CONSEGNARE IN SEGRETERIA)*

Il/ La sottoscritt___ _____ nato a

_____ il _____/_____/_____ residente a _____

Via _____ in qualità di **docente / A.T.A in servizio presso la scuola**

_____ di _____

e-mail_____ tel_____

DICHIARA

- **di consegnare il referto p.s. redatto entro le 24 ore dall'infortunio e attestante le conseguenze del suddetto infortunio (anche CON PROGNOSI uguale a 1 giorno la consegna in Segreteria è obbligatoria),**
- **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.**
- **ritiene / non ritiene necessario procedere con la comunicazione d'infortunio alla Compagnia Assicurativa. Nel caso di apertura pratica assicurativa, provvederà personalmente all'invio di quanto necessario all'Assicurazione.**

_____

_____

_____

Firma dell'infortunato

data, _____/_____/_____ _____