

Modello 2 RELAZIONE INFORTUNIO LAVORATORE

(allegato alla DIRETTIVA DIRIGENZIALE INFORTUNI)

Al Dirigente Scolastico

In relazione all'incidento occorso In data _____ alle ore _____

il sottoscritto lavoratore _____

Classe _____ sez _____ Istituzione Scolastica/scuola _____ Plesso _____

Residente a _____ via _____ tel/cell _____

DICHIARA

quanto segue:

1. Luogo dell'incidento (aula, corridoio, palestra, laboratorio, tragitto casa/lavoro o viceversa, ecc.):

2. Descrizione dell'incidento (circostanze, cause e conseguenze):

3. Indicazioni delle modalità con le quali sono state prestate le prime cure: se è stato necessario richiedere l'intervento del Pronto soccorso, con o senza ricovero; se il lavoratore si è allontanato dalla scuola o se è stato accompagnato a casa o all'ospedale e da chi:

4. Indicazione dei nominativi di eventuali altri testimoni all'evento (insegnanti, collaboratori, personale ATA, ecc)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- a) Eventuale referto medico (prognosi di n. giorni)
- b) Testimonianza delle altre persone presenti al fatto

Data _____ Firma del Lavoratore _____