



Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
iscritto al anno del Corso di Laurea in Infermieristica Polo didattico di Macerata
per l'Anno Accademico

Dichiara sotto la propria responsabilità

quanto segue:

il giorno alle ore presso
(indicare la sede e breve relazione dinamica dell'accaduto)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si dichiara che l'incidente sopra descritto è avvenuto durante l'espletamento del:

- ☐ tirocinio clinico
- ☐ laboratori pre-clinici
- ☐ didattica
- ☐ in itinere

Si allegano alla presente:

- ☐ referto del Pronto soccorso
- ☐ Certificazione INAIL
- ☐ Altro

Data

In fede, Lo/La Studente/ssa

La Guida di Tirocinio/Il Tutor/Il Docente
(cancellare la voce che non interessa)

Ricevuta il

Il Tutor

Ricevuta il

Il Direttore ADP