



MODULO INFORTUNIO

Il/la
sottoscritto/a.....
..... il ed iscritto/a al
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Diagnostiche, anno (aa)

dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

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

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

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

- del laboratorio
- della didattica
- del tirocinio clinico, nel regolare turno autorizzato dal Direttore ADP
- del tirocinio clinico, al di fuori del regolare turno autorizzato dal Direttore ADP

Si allega/no

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

Lo/La studente/essa accetta non accetta la visita di Pronto Soccorso e dichiara che gli/le sono stati assegnati
n.ro giorni di malattia.

Data.....

In fede, Lo/la Studente/ssa

.....

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

.....

Ricevuta il

Il Direttore ADP.....