



## 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.....