



MODULO DENUNCIA  
POLIZZA ASSICURATIVA INFORTUNI STUDENTI  
UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

**DATI PERSONALI DELL'INFORTUNATO/A**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NAT\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CITTADINANZA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_  
ISCRITT\_ AL CORSO DI LAUREA \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_  
POLO DIDATTICO \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO DI RESIDENZA**

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NUM. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO DI DOMICILIO (se diverso dalla residenza)**

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NUM. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Per una migliore gestione del sinistro vi autorizzo, ai sensi del D.lgs. 196/2003, ad inviarmi ogni comunicazione all'indirizzo e-mail:

\_\_\_\_\_



**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:**

\_I\_ sottoscritt\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'infortunio è avvenuto con le seguenti modalità

---

---

---

---

---

---

---

---

---

L'infortunio sopra descritto è avvenuto:

☐ in itinere      ☐ durante l'espletamento del:

Tirocinio ☐ Laboratorio ☐ Didattica ☐ Altro: \_\_\_\_\_

Lo/la studente/studentessa ☐ accetta ☐ non accetta la visita in Pronto Soccorso

**COMPILARE IN CASO DI INABILITÀ DA INFORTUNIO (per prognosi superiori a 0 giorni)**

Data dell'infortunio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora dell'infortunio: \_\_\_\_\_

Durante quale ora di lavoro (1°, 2°, ecc.): \_\_\_\_\_

Ha abbandonato il luogo del lavoro: ☐ SI ☐ NO

Luogo dell'evento (con relativo indirizzo, anche se in itinere):

---



**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- ☐ Certificazione medica di infortunio lavorativo INAIL – **copia per il Datore di Lavoro** (rilasciato dal pronto soccorso);
- ☐ Verbale di pronto soccorso rilasciato dal Pronto Soccorso;
- ☐ Informativa sulla Privacy - AON;
- ☐ Dichiarazione responsabile di struttura o docente responsabile;
- ☐ Altro

I sottoscritt\_, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata nella sezione privacy (selezionando l'area tematica interessata) del sito istituzionale dell'Università Politecnica delle Marche all'indirizzo [https://www.univpm.it/Entra/Privacy/Informative\\_sul\\_trattamento\\_dei\\_dati\\_personali](https://www.univpm.it/Entra/Privacy/Informative_sul_trattamento_dei_dati_personali) presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche particolari.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'infortunato/a \_\_\_\_\_

=====

|                                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| La Guida di Tirocinio/Il Docente       |                |
| (Cancellare la voce che non interessa) | _____          |
|                                        | NOME E COGNOME |
| Ricevuto il _____                      | _____          |
|                                        | (firma)        |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Il Tutor          |                |
|                   | _____          |
|                   | NOME E COGNOME |
| Ricevuto il _____ | _____          |
|                   | (firma)        |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Il Direttore ADP  |                |
|                   | _____          |
|                   | NOME E COGNOME |
| Ricevuto il _____ | _____          |
|                   | (firma)        |