



MODULO DENUNCIA SINISTRO  
POLIZZA ASSICURATIVA INFORTUNI STUDENTI  
COMPAGNIA: UNIPOLSAI S.p.A. – UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

**DATI PERSONALI DELL'INFORTUNATO/A**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NAT\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

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:**

\_1\_ 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'incidente sopra descritto è avvenuto durante l'espletamento del:

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

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

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

Si dichiara che l'infortunio/ l'incidente sopra descritto, è avvenuto durante la frequenza delle lezioni:

- Sede dell'evento / lezione/ orario lezione

-

Firma del Docente responsabile \_\_\_\_\_

Si dichiara che l'infortunio/ l'incidente sopra descritto, è avvenuto durante la frequenza del Tirocinio:

(barrare la voce che interessa)

Presso la sede ospitante



- Durante il viaggio di andata
  - Durante il viaggio di ritorno
  - Luogo dell'evento (con relativo indirizzo, anche se in itinere):
- 

Firma della Guida di Tirocinio \_\_\_\_\_

**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;
- 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/Informativa\\_sul\\_trattamento\\_dei\\_dati\\_personali](https://www.univpm.it/Entra/Privacy/Informativa_sul_trattamento_dei_dati_personali), presta il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari.

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

**FIRMA del Direttore ADP del CORSO DI LAUREA/su delega firma del Tutor didattico**

Ricevuto il \_\_\_\_\_ La Direttrice ADP \_\_\_\_\_

Ricevuto il \_\_\_\_\_ Il Tutor \_\_\_\_\_