



MODULO COMUNICAZIONE/DENUNCIA INFORTUNI

POLIZZA ASSICURATIVA INFORTUNI CUMULATIVA - UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

** I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori*

DATI PERSONALI DELL'INFORTUNATO/A *

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ A _____ PROV. _____ IL _____

CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

➤ **SE STUDENTE/STUDENTESSA:**

ISCRITT_ AL CORSO DI LAUREA _____

_____ MATRICOLA _____

FACOLTA' _____ POLO DIDATTICO _____

➤ **SE SOGGETTO DIVERSO DA STUDENTE/STUDENTESSA:**

ATTIVITA' SVOLTA _____ PRESSO LA STRUTTURA/DIPARTIMENTO

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 ad inviarmi ogni comunicazione **all'indirizzo e-mail: ***

AREA AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

Servizio Appalti e Contratti

Ufficio Contratti

Via Palestro, 7 - 60121 Ancona

tel. 071 220 2237 - 2449

email: ufficiocontratti@univpm.it

PEC: protocollo@pec.univpm.it



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 in data _____ con le seguenti modalità:

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

L'infortunio sopra descritto è avvenuto: *

in itinere durante l'espletamento del:
Tirocinio Laboratorio Didattica Altre attività: _____

L' infortunato/a 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

Era il suo lavoro consueto? SI NO

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

CC 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 (se in possesso);

Altro

Informativa ex artt. 13-14 GDPR

La procedura relativa alla richiesta di gestione di un sinistro comporta il trattamento dei dati personali da parte dell'UNIVPM, quale titolare del trattamento dei dati. Tale trattamento è finalizzato allo svolgimento del relativo procedimento amministrativo e alla comunicazione delle informazioni alla compagnia di brokeraggio assicurativo, nell'ambito delle attività che sono predisposti nell'interesse pubblico, in funzione del rapporto contrattuale, oltreché per esercitare o difendere un diritto. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione svolgimento del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l'impossibilità a procedere. I dati raccolti sono quelli forniti con il modulo e saranno elaborati dal personale, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Se necessario, il trattamento può riguardare anche dati particolari. I dati vengono trasmessi all'agenzia di brokeraggio e alla compagnia assicurativa, nella loro qualità di titolari autonomi, oltreché ai soggetti che ne abbiano motivato interesse ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i.. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy, ivi compreso il diritto al reclamo all'Autorità Garante (info: www.garanteprivacy.it). Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge e per il tempo necessario alla corretta gestione della procedura. Ulteriori informazioni come il modulo per l'esercizio dei diritti indicati o i dati di contatto del RPD, sono disponibili nel sito istituzionale di Ateneo, sezione "Privacy e protezione dati personali" al link <https://www.univpm.it/Entra/Privacy>

Data _____

Firma dell'infortunato/a * _____

=====

Il/la Docente/La Guida di Tirocinio	
<i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	

	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>

Il/la Tutor	
<i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	

	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>

Il Direttore/la Direttrice ADP	
Il/la Responsabile Universitario/a	
<i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	

	<i>NOME E COGNOME</i>
Ricevuto il _____	_____
	<i>(firma)</i>