Al Dirigente scolastico

del 6° I.C. Bruno Ciari di Padova

**DICHIARAZIONE ESITO INFORTUNIO DOCENTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della classe \_\_\_\_\_\_\_\_,

in relazione all’infortunio avvenuto durante l’orario di servizio in data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (V. denuncia di infortunio del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

DICHIARA

Di aver provveduto a sottoporsi a visita medica: a tal fine allega la seguente documentazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di aver provveduto a sottoporsi a visita medica, dalla quale non è emersa alcuna conseguenza riconducibile all’infortunio.

Sotto la propria responsabilità non ha ritenuto di farsi visitare.

Data Firma\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati personali: Il/La sottoscritto/a autorizza l’istituzione ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell’ambito e per i fini propri dell’amministrazione scolastica (D.Lg.vo 30/06/2003, n. 196)

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_