



Ferrara,
 Prot. n.

Dipartimento / U.O. / M.O. _____

Alla Azienda USL di Ferrara
SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO
Via Cassoli 30 - 44121 FERRARA

Oggetto: Segnalazione di Infortunio

Il Sottoscritto _____ residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____,

in attività presso l'Azienda USL di Ferrara in qualità di

- Specialista convenzionato
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico Servizio Emergenze Territoriali
- Medico di Medicina dei Servizi
- Volontario S. Sociale
- membro Collegio Sindacale
- altro (specificare) _____

CHIEDE

Di poter essere indennizzato per id anni derivanti dall'infortunio occorso il _____ alle ore _____
 Allo scopo precisa circostanze e modo in cui si è determinato l'infortunio - sue conseguenze:

lesioni riportate _____

eventuali testimoni presenti :

Cognome _____ nome _____ .indirizzo _____

Cognome _____ nome _____ .indirizzo _____

eventuali altre polizze assicurative infortuni che di seguito si indicano:

n. polizza _____ Compagnia _____

n. polizza _____ Compagnia _____

se il sinistro è occorso alla guida di autoveicoli precisare: targa _____ marca _____
 _____ modello _____ assicurato per la R.C.Auto con polizza

n. _____ Assicurazione _____ (allegare fotocopia patente di guida)

**(Timbro e firma del dirigente del
 Dipartimento / U.O. M.O.)**

(firma dell'infortunato)

documenti da allegare: certificato di pronto soccorso _____
 altro (specificare) _____
 certificato medico curante _____

NOTA BENE. LA SEGNALAZIONE (FIRMATA E PROTOCOLLATA IN PARTENZA DAL SERVIZIO ESIBENTE) VA INVIATA ALLA U.O. SERV. ASSICURATIVO NEL MINOR TEMPO POSSIBILE