



RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA “INFORTUNI”

N.B.: COMPILARE IL PRESENTE MODELLO IN OGNI SUA PARTE, COMPRESO IL RETRO A CURA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE, ALLEGANDO LA OPPORTUNA DOCUMENTAZIONE

- DPR 271/2000 – Medici Specialisti Ambulatoriali
- Donatori Sangue
- DPR 484/96 – Medici Incaricati della continuità assistenziale
- L.R. 295/90 – Componenti Commissioni Sanitarie
- DPR 270/2000 – Personale addetto al servizio di emergenza territoriale
- DPR 270/2000 – Medici addetti alla medicina dei servizi
- Altro: _____

N.B.: DPR 384/90 – Personale autorizzato all’utilizzo del proprio veicolo (COMPILARE APPOSITO MODELLO)

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
_____ dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza,

- ➔ CHIEDE l’attivazione della Polizza “Infortuni” contratta dall’ASP;
- ➔ DICHIARA, sotto la propria responsabilità ed a conoscenza delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci:

- che l’infortunio in questione, è occorso durante _____
_____ ed è stato causato da: **(descrizione dei fatti, con indicazione del luogo, giorno ed ora)** _____

(Allegare tutta la documentazione utile alla migliore comprensione dell’accaduto)

- di aver preso visione delle condizioni di polizza
- ➔ SI IMPEGNA ad inviare tempestivamente la ulteriore e successiva certificazione medica sul decorso delle lesioni;
- ➔ ALLEGA:
 - Copia di un documento di identità **(IN OGNI CASO)**
 - Certificato medico
 - Cartella clinica (in caso di ricovero)
 - Altro _____

Luogo e Data

Firma leggibile e per esteso

RECAPITO TELEFONICO _____



Il sottoscritto _____ in qualità di Dirigente
Responsabile del Servizio _____ dell'Azienda Sanitaria
Locale di Potenza,

dichiara sotto la propria responsabilità

che il Sig./Dr. _____, in qualità di: _____

ha subito un infortunio durante _____

come risulta da _____

Eventuali note:

In fede

Luogo e Data

Firma leggibile e per esteso + timbro