



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 e ss.mm.ii 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

NOTA INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii che L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa in materia di privacy.

Il sottoscritto acquisisce le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili.

Luogo e Data

Firma leggibile e per esteso + timbro