

**Oggetto: Relazione infortunio dipendenti**

Il/la sottoscritto/a.....in servizio presso la sede l'Istituto Medaglie D'Oro in qualità di .....relaziona sull'infortunio di seguito descritto per gli adempimenti del caso.

- Data e ora dell'accaduto .....
- Luogo.....
- Attività (al momento dell'accaduto).....
- Cognome e Nome dell'infortunato/a.....
- Classe..... PLESSO (barrare la casella):  **MEDAGLIE D'ORO**  **GIACOMO COSTA**

**DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

In conseguenza di quanto sopra descritto l'infortunato/a riportava i seguenti danni:

.....  
.....  
.....

**Testimoni del sinistro:**

1. ....
2. ....
3. ....

Il primo intervento è stato prestato da .....

Il Dipendente ha abbandonato il luogo di lavoro: (barrare la casella di interesse)

- Si - alle ore \_\_\_\_\_(soccorso da:  118 o  accompagnato da \_\_\_\_\_)
- No - ha terminato il suo orario di servizio giornaliero.

---

**Contatti dell'infortunato**

telefono: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mail (in stampatello): \_\_\_\_\_

Domicilio: Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Salerno, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_