





ha abbandonato il luogo di lavoro \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ alle ore (hh/mm) \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ era il suo lavoro consueto \_\_\_\_\_

**Se trattasi di infortunio in itinere compilare anche la sezione sottostante:**

Incidente \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

Incidente con mezzo proprio \_\_\_\_\_ L'incidente è accaduto nell'usuale percorso casa - lavoro? \_\_\_\_\_

**Indicare eventuali testimoni:**

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
**OBBLIGATORIO**

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
**OBBLIGATORIO**

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
**OBBLIGATORIO**

Si allegano i seguenti certificati medici: \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'amministrazione l'eventuale prosecuzione dell'infortunio disposto dall'INAIL o dal medico di base alla data di scadenza del primo certificato di infortunio, inviando la certificazione di prosecuzione all'indirizzo: [universitabari@pec.it](mailto:universitabari@pec.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il presente modello, unitamente alla certificazione INAIL DI INFORTUNIO e alla Relazione del Pronto Soccorso, dovrà essere inviato ESCLUSIVAMENTE all'indirizzo mail: [carriera.pta@uniba.it](mailto:carriera.pta@uniba.it).**