



**Modulo di integrazione denuncia infortunio in itinere**

*Da compilare a cura del dipendente*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio (indicare data e ora)**

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

**Dati veicolo del dipendente denunciante**

Targa \_\_\_\_\_ autorità intervenuta \_\_\_\_\_

Compagnia assicuratrice \_\_\_\_\_

**Dati proprietario (se diverso dal conducente)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Dati del terzo coinvolto nel sinistro**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_

autorità intervenuta \_\_\_\_\_ Compagnia assicuratrice \_\_\_\_\_

**N.B. DA INVIARE TEMPESTIVAMENTE ALL'UFFICIO GESTIONE GIURIDICA E RELAZIONI SINDACALI**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_