

COMUNICAZIONE INFORTUNIO PERSONALE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ indirizzo _____
n. cellulare _____ mail _____

celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a

<input type="checkbox"/> PERSONALE ATA	<input type="checkbox"/> PERSONALE DOCENTE
<input type="checkbox"/> TEMPO INDETERMINATO	PERSONE A CARICO
<input type="checkbox"/> TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> TEMPO PARZIALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TEMPO DETERMINATO dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> TEMPO PARZIALE	

Comunica che in data _____ alle ore _____

Orario di servizio _____

Descrizione dell'accaduto:

Eventuali testimoni:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Qualifica _____

Tel /cell _____

data, _____

FIRMA _____