



Al Direttore Generale
 Istituto Oncologico Veneto IRCCS
S E D E

OGGETTO : Assenza per infermità causata per colpa di terzo

Il/La sottoscritto/a n. matricola nato/a a il
 residente a Via n. in servizio presso
 tel. Int. n. cellulare sinistro del

ai sensi e per gli effetti degli articoli:

- 23 comma 13 del C.C.N.L. (personale del comparto);
- 23 comma 10 del C.C.N.L. (dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa);
- 24 comma 10, C.C.N.L. (dirigenza medica e veterinaria)

dichiara di essere stato/a assente per infermità causata per colpa di terzo ed ai fini dell'art. sopra richiamato, comunica i seguenti dati:

dati del dipendente			
al momento dell'evento, il dipendente era: (possibili più opzioni)		proprietario del veicolo	<input type="checkbox"/>
		conduttore del veicolo	<input type="checkbox"/>
		terzo trasportato	<input type="checkbox"/>
tipo del veicolo:		targa:	
ragione sociale della compagnia assicurativa:			
denominazione agenzia:		indirizzo:	
n. polizza:		n. di telefono:	
dati della controparte			
nome del proprietario del veicolo:		indirizzo:	
nome del conducente del veicolo:		indirizzo:	
tipo del veicolo:		targa:	
ragione sociale della compagnia assicurativa:			
denominazione agenzia:		indirizzo:	
n. polizza:		n. di telefono:	
dati relativi al sinistro			
breve descrizione dell'evento		
definizione del sinistro con particolare riferimento alla percentuale di responsabilità a Lei addebitata			

Data.....

Firma.....

UOC Risorse Umane - Ufficio verifica presenze
 tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19