



COMUNICAZIONE INFORTUNIO

| | |
|----------|--|
| PROGETTO | |
| SEDE | |

Oggetto: Comunicazione Infortunio

Il/La volontario/a _____
nato/a a _____ il ___ / ___ / _____, in servizio presso questa sede di
assegnazione per lo svolgimento del servizio civile universale, comunica di aver subito infortunio in data
___/___/___ alle ore _____ nel luogo: _____ necessita di n° ___
giorni per motivi di salute come da allegato certificato medico

BREVE DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO:

Il/La volontario/a

Firma per avvenuta ricezione

Il Responsabile/ L'OLP
