

# DICHIARAZIONE DI ASSENZA PER INFERMITA'

## CAUSATA DA COLPA DI UN TERZO

(Art. 24, comma 10, CCNL Comparto Sanità Area Dirigenza Medica e Veterinaria – parte normativa 1994 – 1997 e parte economica 1994 – 1995 del 05/12/1996.

Art. 23, comma 10, CCNL Comparto Sanità Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa – parte normativa 1994 – 1997 e parte economica 1994 – 1995 del 05/12/1996.

Art. 23, comma 13, CCNL Comparto Sanità Personale non dirigente – parte normativa 1994 – 1997 e parte economica 1994 – 1995 del 01/09/1995).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

(recapito telefonico \_\_\_\_\_) dipendente dell'A.S.L. CN 2, profilo professionale:

\_\_\_\_\_ (*precisare qualifica*) in servizio presso la Struttura

Semplice/Complessa/Servizio \_\_\_\_\_ presso la sede di

\_\_\_\_\_, assicurato/a presso (***indicare di seguito la propria Compagnia di***

***Assicurazioni, l'indirizzo ed il recapito telefonico dell'Agenzia di riferimento***)

\_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_\_.

## DICHIARA

di essere stato/a coinvolto/a in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ avvenuto in data \_\_\_\_\_ e causato

dal/la Sig./a \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, assicurato/a

presso (***indicare di seguito la Compagnia di assicurazioni del terzo e l'indirizzo dell'Agenzia di***

***riferimento***) \_\_\_\_\_ - Agenzia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_\_.

Dichiara, inoltre, di essere stato/a collocato/a in malattia / infortunio per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.(gg.\_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.(gg.\_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.(gg.\_\_\_\_\_).

Dichiara, in ultimo, di essere informato/a che i suoi dati personali e sensibili saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN2, titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento in forza del quale l'Azienda comunicherà i suoi dati personali e sensibili ai soli terzi legittimati quale giustificativo delle istanze di rivalse.

## ALLEGA

- Constatazione Amichevole di incidente;
- Rapporto dell'Autorità intervenuta sul luogo del sinistro, ove esistente;
- Relazione idonea ad attestare l'eventuale responsabilità di terzi nella causazione dell'evento.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

**La “Dichiarazione di assenza per infermità causata da colpa di un terzo” va inoltrata, completa di tutti gli allegati, al seguente indirizzo: S.C. S.C. Servizio Legale Interaziendale, via Vida n. 10 – 12051 Alba (CN) – tel. 0173/316911.**

Ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali da parte dell'A.S.L. CN 2 sono a disposizione sul sito istituzionale dell'Azienda, cliccando sul banner “*Atti e documenti aziendali*”, categoria/cartella “*Diritto alla Riservatezza (privacy)*” nonché c/o il Responsabile della S.C. Servizio Legale Interaziendale, quale Responsabile del trattamento dei dati acquisiti nel presente procedimento, al quale potrà rivolgersi anche per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 D.Lgs 196/03, presentando istanza scritta alla S.C. Servizio Legale Interaziendale, via Vida n. 10 – 12051 Alba (CN) – tel. 0173/316911.