



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

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