



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Classe delle Attività Motorie e Sportive
Coordinatore: Prof. Marco MONTICONE

PROCEDURA INFORTUNIO

Approvata dal Consiglio di Classe delle Attività Motorie e Sportive
Verbale N. 3 del 05/08/2021

Gli studenti universitari dell'Ateneo Cagliariitano sono coperti da una polizza assicurativa depositata presso l'ufficio legale dell'università di Cagliari – Via Università n.40.

Qualora si verifichi un infortunio in sede di attività didattica pratica (laboratori) e tirocinio (strutture Universitarie ed extra-Universitarie convenzionate) è **obbligatorio ai fini assicurativi**, di norma entro le 48 ore successive, che lo studente provveda a recapitare la documentazione dell'infortunio, di seguito riportata:

- **Verbale d'Infortunio** (redatto dal medico di PS o Guardia Medica)
- **Autodichiarazione d'Infortunio** (redatta dallo studente, allegato 1)
- **Denuncia INAIL** (redatta dal medico)

alla Direzione Generale dell'Università degli Studi di Cagliari, Via Università 40, 09100 Cagliari (referente Sig.ra Graziella Pili, tel.070/6752428, email: gpili@amm.unica.it)

Una copia dei tre certificati deve essere trasmessa anche all'Ufficio Coordinamento Tirocini (coordinamentotirocinimotorie@unica.it) e per conoscenza alla Segreteria Didattica del Corso di Studio.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Classe delle Attività Motorie e Sportive
Coordinatore: Prof. Marco MONTICONE

Al momento dell'infortunio, lo studente deve avvertire immediatamente il tutor/supervisore/docente presente il quale deve controfirmare la Autodichiarazione d'Infortunio (allegato 1).



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Classe delle Attività Motorie e Sportive
 Coordinatore: Prof. Marco MONTICONE

Allegato 1

All'Ufficio Legale
Università degli Studi di Cagliari
Via Università 40
09100 Cagliari

Al Coordinatore Corso di Laurea
in.....

Oggetto: autodichiarazione d'Infortunio

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/00 e ss. Mm.

e

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/00 e ss. Mm.

Il/la sottoscritto/a
 Consapevole delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il residente in.....

.....prov.....

CAPvian°

Codice fiscale tel.....

e-mail in qualità di Studente tirocinante del

Corso di Laurea in , matricola n°

comunica di aver subito un infortunio il giornoalle ore

presso.....

Eventuali testimoni

Dinamica dell'evento

.....



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Classe delle Attività Motorie e Sportive
Coordinatore: Prof. Marco MONTICONE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo.....

Data.....

Firma dello Studente

Contro firma

Tutor/Supervisore/Docente