



## COMUNICAZIONE INFORTUNIO

PROGETTO	
SEDE	

### Oggetto: Comunicazione Infortunio

Il/La volontario/a \_\_\_\_\_  
nato/aa \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_