



Procedura operativa per infortunio studenti durante l'attività di Tirocinio tecnico-pratico

In caso di infortunio degli studenti nel corso dell'attività pratica di tirocinio presso una sede autorizzata e nel periodo di assegnazione, si ritiene di utilizzare la seguente procedura:

- Lo studente deve immediatamente presentarsi al Pronto Soccorso più vicino, accompagnato dal coordinatore TSRM di riferimento.
- Il coordinatore TSRM di riferimento dovrà avvertire immediatamente il Coordinatore del Corso di Laurea, lo stesso dovrà fare lo studente interessato.
- A seguito di visita ed emissione del referto da parte del Pronto Soccorso, il coordinatore TSRM di riferimento dovrà produrre, nel più breve tempo possibile:
 - copia del referto del Pronto Soccorso;
 - copia del modulo INAIL del Pronto Soccorso;
 - relazione sulle modalità dell'avvenuto infortunio secondo il modulo allegato;
 - lettera di accompagnamento della suddetta documentazione specificando data ed ora di trasmissione.
 - In caso di infortunio derivante da guida di autoveicoli, il soggetto infortunato dovrà produrre una copia del CID in oggetto, oppure, in mancanza di questo, una copia di denuncia presso le autorità competenti.
- Lo studente o chi per esso dovrà far pervenire tale documentazione, entro le 48 ore dall'avvenuto infortunio, via fax alla cortese attenzione di:

Sig.ra Elisabetta Madera Dip. Oncologia, AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10, Orbassano Fax: 011-9015184
--

e contestualmente avvisare la stessa via mail, all'indirizzo **elisabetta.madera @unito.it**, indicando un proprio recapito telefonico.

- Il mancato adempimento della procedura suddetta renderà impossibile l'apertura della pratica infortuni presso l'ente assicurativo.

Il Coordinatore
Dr. Andrea F. Cemenasco



AUTOCERTIFICAZIONE DI INFORTUNIO SUL LUOGO DI LAVORO
DENUNCIA DETTAGLIATA
(redatta dall'infortunato)

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a il
Domiciliato/a nel comune Via
Studente del CdL in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, anno
Matricola Cell: Tel:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE:

1. L'infortunio è avvenuto il giorno alle ore
Consegno il certificato presso il Dip. di Oncologia il a mano via fax

2. CAUSE E CIRCOSTANZE

In che modo è avvenuto l'infortunio?
.....

Dove è avvenuto l'infortunio? (ospedale, reparto, ...)

Che tipo di lavoro stava svolgendo? (specificare se Tirocinio)

Era il suo lavoro consueto?

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

Cosa è avvenuto dopo il verificarsi dell'infortunio?

Tipologia e sede anatomica della lesione

Testimoni all'infortunio (completi di dati anagrafici)

Data Il dichiarante

Nome del Coordinatore TSRM di riferimento Firma: