

COMUNICAZIONE INFORTUNIO

Progetto:

Sede:

# L’operatore volontario nato/a a

# 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 e necessita di n° giorni per motivi di salute come **da allegato**

**certificato medico.**

BREVE DESCRIZIONE DELL’ACCADUTO:

|  |
| --- |
| L’operatore volontario |

*Firma per avvenuta ricezione*

Il Responsabile/ L’OLP