

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
