



Allegato 3

Alla Sede INAIL di.....

CAMPUS INVERNALE INAIL-CIP "ConoSCIAMoci" – marzo 2023

RICHIESTA DI ACCOMPAGNATORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A..... (.....) IL.....

RESIDENTE A..... (.....) IN VIA/P.ZZA.....

..... N.

INFORTUNIO/MALATTIA PROFESSIONALE N. DEL

TIPOLOGIA INF./M.P. (menomazione)

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA.....

NUMERO TELEFONO/CELLULARE.....

DICHIARA DI

- VOLER PARTECIPARE AL PROGETTO **CAMPUS INVERNALE 2023 "CONOSCIAMOCI"** dal 7 AL 9 MARZO 2023 organizzato dal Comitato Regionale del CIP Emilia Romagna in collaborazione con INAIL Emilia Romagna

- RICHIEDE LA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORE, PER COMPROVATE NECESSITA'

Indicare il nominativo

- AVER PRESO VISIONE dell'Informativa CAMPUS INVERNALE INAIL-CIP 2023 e delle modalità di svolgimento

FIRMA Assicurato

Si esprime parere favorevole ☐ SI ☐ NO

Il D.M. dell'équipe multidisciplinare di I livello della Sede ovvero altro Dirigente medico all'uopo indicato

Si autorizza (in caso di parere positivo del D.M.)

Il Dirigente territoriale/Responsabile di Sede _____