



## Allegato 3

Alla Sede INAIL di.....

CAMPUS INVERNALE INAIL-CIP "ConoSCIAMOCI" – marzo 2024

### 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 2024 "ConoSCIAMOCI"**, organizzato dal Comitato Regionale del CIP Emilia-Romagna in collaborazione con INAIL Emilia-Romagna, che si terrà dal 4 al 8 marzo 2024;

- AVER PRESO VISIONE dell'Informativa "CAMPUS INVERNALE INAIL-CIP 2024" e delle modalità di svolgimento del campus stesso.

Per la partecipazione al **CAMPUS invernale 2024 "ConoSCIAMOCI"** RICHIEDE LA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORE per comprovate necessità.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_