

Alla Sede Inail di.....

OPEN DAY INAIL-CIP EMILIA ROMAGNA
"SPORTDAY – EXPOSANITÀ"
18 aprile 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 **OPEN DAY "SPORTDAY - EXPOSANITÀ"** previsto il **18 aprile 2024** e organizzato dal CIP Emilia-Romagna in collaborazione con la Direzione regionale INAIL Emilia-Romagna
- AVER PRESO VISIONE dell'Informativa OPEN DAY INAIL-CIP "SPORTDAY - EXPOSANITÀ" – 18 aprile 2024 e delle modalità di svolgimento

AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE ALL'OPEN DAY, RICHIEDE LA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORE PER COMPROVATE NECESSITA' DI ASSISTENZA

Indicare il nominativo

C.F.

FIRMA Assicurato

Si esprime parere favorevole

- SI
- NO

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

Il Dirigente territoriale/Responsabile di Sede _____