



UNIVERSITA' degli STUDI di TORINO
Scuola di Medicina
Dipartimento di Scienze Mediche
Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta

Aosta, il _____

Oggetto: Notifica infortunio studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica sede di Aosta.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ studente

del _____ anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Aosta, dichiaro/a in

data _____ si è verificato il seguente infortunio,

durante il tirocinio presso la S.C./servizio _____

dell'Azienda USL Valle d'Aosta: (descrizione dell'infortunio)

Firma dello studente
