

	Direzione Sanitaria DICHIARAZIONE DI EVENTO ACCIDENTALE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO	Mod. 0167	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>dichiarazione dipendente</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Io sottoscritto _____ nato il _____ in servizio con
la qualifica di _____ dichiaro che in data _____
alle ore _____ dopo n° _____ ore di lavoro, mi sono infortunato nel modo sotto specificato,
con materiale biologico proveniente dal Paziente ricoverato al Letto N° _____ Cartella
Clinica n° _____ del Reparto di _____

☐ Puntura (specificare) _____

☐ Taglio (specificare) _____

☐ Schizzo (specificare) _____

☐ Imbrattamento (specificare) _____

☐ Altro (specificare) _____

Durante l'infortunio indossavo i seguenti dispositivi di protezione individuale:

☐ Divisa ☐ Guanti ☐ Mascherina ☐ Occhiali ☐ Altro: _____

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità, di essere vaccinato nei confronti delle seguenti malattie:

☐ Tetano ☐ Epatite B ☐ _____ ☐ _____ ☐ Nulla

Data __ / __ / ____

Il Dipendente _____