

ISTITUTO TECNICO STATALE "B. CHIMIRRI" SETTORE TECNOLOGICO



INDIRIZZI: CHIMICA, MATERIALI E BIOTECNOLOGIE – SISTEMA MODA

VIA DOMENICO ROMEO, 25 88100 CATANZARO

TEL.: 0961/701337 – FAX: 0961/725600

C. F.: 80003880798 C. M.: CZTE01000D SITO WEB: www.itaschimirri.gov.it

INDIRIZZO E-MAIL: czte01000d@istruzione.it INDIRIZZO PEC: czte01000d@pec.istruzione.it



Prot. n. 8684 /C1

Catanzaro, li 19/11/2018

**Al Personale DOCENTE e ATA
AI DSGA**

**OGGETTO: *Infortunio del dipendente causato da terzi –
Azione di rivalsa dell'Amministrazione.***

Si comunica che in applicazione della normativa vigente in materia, le Istituzioni Scolastiche sono tenute ad attivare delle procedure specifiche in caso di assenze dal lavoro di dipendenti a seguito d'infortunio imputabile ad un terzo.

La materia in oggetto può riguardare due possibili casistiche:

1. Infortunio imputabile a terzi, occorso durante il normale espletamento del servizio e l'infortunio in itinere (accaduto durante il tragitto usuale per raggiungere la sede di lavoro).
2. Infortunio imputabile a terzi, occorso al di fuori da qualsiasi orario di lavoro.

In tali casi l'Istituzione Scolastica, è tenuta a porre in essere azione di rivalsa nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio (*ai sensi dell'art. 1916 e art. 2043 del c.c. nonché ai sensi dell'art. 17, c. 17 del C.C.N.L. comparto scuola del 29/11/2007*), mediante la formalizzazione di richiesta risarcitoria generica, secondo quanto disposto dal MIUR.

Pertanto, i dipendenti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente a questo Istituto, tutti gli eventi che hanno causato l'assenza a seguito di infortuni imputabili ad un terzo responsabile:

- 1) Contestualmente all'assenza, mediante sottoscrizione del modello "schema per assenza per malattia, con dichiarazione di infortunio causato da terzi".
- 2) Per le assenze degli ultimi 24 mesi, mediante sottoscrizione dell'apposito modello "dichiarazione per assenza per malattia e infortunio causato da terzi".

IL MODELLO DI CUI AL PUNTO 2) DEVE ESSERE COMPILATO OBBLIGATORIAMENTE DA TUTTO IL PERSONALE IN SERVIZIO ENTRO E NON OLTRE IL 30.11.2018 AL FINE DI CONSENTIRE ALLA SCRIVENTE GLI ADEMPIMENTI OBBLIGATORI PER EVENTUALI CASI VERIFICATESE NEGLI ULTIMI DUE ANNI.

IL MODULO DI CUI AL PUNTO 1) SARA' UTILIZZATO PER LE ASSENZE DI MALATTIA O INFORTUNIO DA OGGI IN POI, RICORRENDONE IL CASO.

I MODULI SONO PUBBLICATI SUL SITO DELLA SCUOLA NELLA SEZIONE "AREA PERSONALE-CIRCOLARI E AVVISI-AVVISI DOCENTI E ATA".

Essendo tutto ciò necessario affinché possa essere attivata la procedura risarcitoria, si pregano i dipendenti tutti a rivolgersi presso gli Uffici di Segreteria per le informazioni e la compilazione degli appositi moduli.



IL DIRIGENTE
Antonio Carfoti

ISTITUTO TECNICO STATALE "B. CHIMIRRI" SETTORE TECNOLOGICO



INDIRIZZI: CHIMICA, MATERIALI E BIOTECNOLOGIE - SISTEMA MODA

VIA DOMENICO ROMEO, 25 88100 CATANZARO

TEL.: 0961/701337 - FAX: 0961/725600

C. F.: 80003880798 C. M.: CZTE01000D SITO WEB: www.itschimirri.gov.it

INDIRIZZO E-MAIL: czte01000d@istruzione.it INDIRIZZO PEC: czte01000d@pec.istruzione.it



**Dichiarazione per assenza
per malattia e infortunio
causato da terzi**

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. _____
il _____, residente a _____ via _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

In riferimento a quanto disposto dall'Art. 17 del C.C.N.L. Scuola del 29/11/2007, dichiara sotto
la propria responsabilità a conoscenza delle conseguenze derivanti da dichiarazione falsa, che
negli ultimi 24 mesi

- Non si è assentato dal lavoro per un infortunio causato da terzi.
- Si è assentato dal lavoro per un infortunio causato da terzi (*).

Periodo di riferimento dell'Infortunio (*)

Anno _____ Mese _____

Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il
risarcimento, il/la sottoscritto/a _____ si impegna a fornire alla
scuola, entro 10 gg. dalla data odierna, ogni informazione utile circa la dinamica dell'evento, il
nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso.

**L'eventuale azione di rivalsa del datore di lavoro non comporta alcun pregiudizio al
trattamento economico in corso e pregresso del dichiarante.**

(*) voce da compilare solo se si è verificato l'evento.

Data _____

Firma del dipendente
