

le modalità di attuazione del comma 1 sarebbero state adottate con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Pertanto con il d.p.c.m. 22 luglio 2011, è stato stabilito, all'art. 1, che il termine di decorrenza di tale adempimento fosse il 1° luglio 2013.

L'INAIL, in attuazione del quadro normativo sopra delineato, ha invitato, con nota prot. 4220 del 15.5.2013, tutte le PP.AA., tra cui l'Ateneo scrivente, ad attivare un sistema di profilazione delle utenze da abilitare per poter utilizzare il canale telematico per le denunce di infortunio.

Tanto premesso, giacché il Regolamento di Ateneo per l'applicazione delle norme su sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, emanato con D.R. n. 800 del 5.3.2013, ha individuato le SS.LL. quali **Datori di Lavoro** in ordine agli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, in quanto soggetti di vertice di Unità produttive, l'Amministrazione, conformemente alle disposizioni contenute nella suindicata nota INAIL, ha fornito per tutte le SS.LL. i dati richiesti (dati anagrafici, codice fiscale, e-mail, sede di lavoro e indirizzo pec) al fine di assicurare, da parte delle SS.LL. medesime, a far data dal 1° luglio 2013, l'inoltro della denuncia on line nell'ipotesi di infortuni al personale di rispettiva competenza.

Conseguentemente a quanto sopra, le SS.LL., a breve, riceveranno dall'INAIL, a mezzo e-mail, le credenziali di accesso al sistema messo a disposizione dal predetto Ente previdenziale ai fini dell'inoltro della denuncia *on line* in parola.

Inoltre, si precisa che per il personale (docenti, ricercatori e personale tecnico amministrativo) utilizzato congiuntamente dall'Azienda Ospedaliera e dall'Università ovvero utilizzato esclusivamente dall'Azienda Ospedaliera, individuato, rispettivamente, negli elenchi B), C) e D) allegati al protocollo di intesa Università/Regione Campania sottoscritto in data 20/04/2012, gli obblighi di denuncia restano in capo all'Azienda stessa.

Alla luce di quanto sopra illustrato le SS.LL. dovranno, in caso di infortunio sul lavoro ovvero di infortunio *in itinere*, effettuare la denuncia telematica all'INAIL dell'evento occorso ai lavoratori strutturati (docenti, ricercatori, dirigenti e personale tecnico amministrativo), al personale equiparato (studenti, dottorandi, specializzandi ecc.) come di seguito indicato:

Datori di lavoro (ex art.1 del Regolamento di Ateneo per l'applicazione delle norme su sicurezza e salute sui luoghi di lavoro di cui al D.R. 800 del 05/03/2013)	Competenza
Direttori di Dipartimento Universitario di Area non medica	<ul style="list-style-type: none">- Personale tecnico amministrativo in servizio presso i Dipartimenti di Area non medica- personale docente e ricercatore afferente al Dipartimento- dottorandi, assegnisti e borsisti che svolgono la propria attività presso il Dipartimento;- studenti immatricolati a C.d.L. ovvero a corsi di specializzazione incardinati nel Dipartimento;
Direttori di Dipartimento Universitario di area medica	- Personale tecnico amministrativo utilizzato esclusivamente dall' Amministrazione Universitaria
Direttore Generale	Dirigenti e personale tecnico amministrativo in servizio presso le Ripartizioni ed Uffici afferenti alle

	<p>Ripartizioni;</p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio presso le Biblioteche di Area;</p> <p><i>per la Biblioteca di Area Medicina e Chirurgia per il solo personale tecnico amministrativo utilizzato esclusivamente dall'Università</i></p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio presso la Scuola di Specializzazione per le Professioni Legali, la Scuola Interuniversitaria Campana di Specializzazione all'Insegnamento e la Scuola di Specializzazione di Restauro Monumenti;</p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Area Supporto e coordinamento corsi Scienze biotecnologiche.</p>
Direttori dei Centri Museali dell'Università	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro ed i Musei che ne fanno parte
Direttori dei Centri di Ricerca interdipartimentali	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Direttori dei Centri di Servizio Interdipartimentali	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Centri di Servizio di Ateneo	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Direttori dei Centri di Ateneo ex art. 21 statuto previgente	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso i Centri
Direttore dell'Azienda Agraria Sperimentale Torre Lama	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Azienda Agraria
Direttore dell'Orto Botanico	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Orto Botanico
Presidente della Scuola Politecnica e delle Scienze di Base	Personale tecnico amministrativo in servizio presso gli Uffici Area Didattica Ingegneria, Architettura, Scienze MM.FF.NN.
Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia	Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Ufficio Area Didattica Medicina e Chirurgia per il solo personale utilizzato esclusivamente dall'Amministrazione Universitaria

fissate nel citato Manuale (cfr. pag. 66 e ss) essere comunicato alla dott.ssa Gabriella Formica, nominata dal Rettore quale Amministratore Centrale di sistema, al seguente indirizzo pec
25 / ~~ripartizione~~ ripartizione taepensioni@pec.unina.it 49 UNINA FEDII

Si evidenzia altresì, per gli operai agricoli stagionali nonché per i titolari di rapporti di lavoro autonomo, stante la specificità del rapporto assicurativo con l'INAIL, che l'Amministrazione si riserva di comunicare alle SS.LL. direttive in merito da osservare in caso di infortunio a detto personale appena acquisiti chiarimenti dal predetto Ente assicurativo.

Nelle more delle suddette direttive, in caso di infortunio per tale ultimo personale, a decorrere dal 1° luglio 2013, le SS.LL. avranno cura immediatamente di contattare l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato nonché inviare, tramite protocollo informatico, tutta la documentazione in proprio possesso fornita dall'infortunato.

L'Amministrazione si riserva, infine, di comunicare eventuali ulteriori disposizioni o chiarimenti che dovessero successivamente pervenire dall'INAIL - anche a seguito del D. L. n. 69 del 21/06/2013, entrato in vigore il 22 /06/2013 - e resta a disposizione delle SS.LL. per eventuali dubbi o supporti operativi, secondo il prospetto di seguito riportato:

Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato

Dott.ssa Carmela Sorvillo 081 2534814 uappc@unina.it

Dott. Salvatore Pandolfi 081 2537813 salvatore.pandolfi@unina.it

Ufficio Sorveglianza Sanitaria e Gestione Documentale

Dott. Giovanni Niola 0812537645 giovanni.niola@unina.it

Ufficio Affari Generali

Dott.ssa Luciana Mazzarella 081 2537825 luciana.mazzarella@unina.it

Ufficio Stipendi (per i dati retributivi)

Dott.ssa Paola Mineri 081 2537774 paola.mineri@unina.it

Si prega di assicurare alla presente circolare la massima diffusione tra tutto il personale.

**Il Rettore
Massimo Marrelli**

IL PRORETTORE
Giuseppe Manfredi

Ripartizione Personale Contrattualizzato, Trattamento pensionistico e Affari Speciali:
Il Dirigente dott.ssa Gabriella Formica
Unità organizzativa responsabile del procedimento
Ufficio Assenze e Presenze Personale contrattualizzato
Capo dell'Ufficio: dott.ssa Carmela Sorvillo



DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)
 / /

Alla Sede INAIL

AUTORITA' DI P. S.

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

Timbro dell'Ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro _____
 ha presentato all'Autorità di Pubblica Sicurezza _____
 del Comune _____ Prov. _____
 la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero: _____
 Luogo _____ Data (GG/MM/AAAA) _____ Firma _____

SEZIONE LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____
 Codice Fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____
 Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data decesso (GG/MM/AAAA) _____
 Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico) _____
 Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____
 Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____
 Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____ ASL _____
 Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono Cellulare _____
 Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____
 Da indicare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio. L'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentire una più tempestiva istruttoria.

Studente SI NO
 Parente del datore di lavoro SI NO
 Persone a carico SI NO
 Tutela INPS in caso di malattia comune SI NO

Tipologia di lavoratore (2) _____
 Tipologia di contratto (3) _____ Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____
 CCNL - Settore lavorativo CNEL (4) _____ CCNL - Categoria CNEL (5) _____
 Qualifica assicurativa (6) _____
 Voce Professionale ISTAT (7) _____

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE

Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale	
Codice Ditta		Posizione Assicurativa Territoriale	Settore attività (8)
Tipo polizza (9)		Voce di tariffa (10)	

 PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice Fiscale		Denominazione Amministrazione	
00876220633		Università degli Studi di Napoli Federico II	
Cod. Amm.ne	Descrizione Amministrazione	Cod. Ministero	Descrizione Ministero
		3170	MIUR

 AGRICOLTURA

Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale	
Matricola INPS/Codice CIDA			

 SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Codice INPS	

 LAVORO OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

Cognome		Nome	
Codice Fiscale			

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico)

Indirizzo					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC	

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

Numero Registro Infortuni Aziendale

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)					
Numero Registro Infortuni Aziendale: 222					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC	

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** (provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio) (via, piazza ecc... e numero civico)

Indirizzo					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC			

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11)

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE**SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:**

- assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

- accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

Codice IBAN

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Infortunio in itinere

Incidente con mezzo di trasporto

Incidente stradale

Incidente ferroviario

Incidente aereo

Incidente navale

Altro

 SI NO SI NO

Presso altra azienda

 SI NO

Codice Fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

 SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo

Alle ore (HH/MM)

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)

Durante il turno di notte

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)

Alle ore (HH/MM)

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

 SI NO SI NO

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART. 53, D.P.R. 30/06/1965 N. 1124**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico

GG / MM / AAAA

Prognosi riservata

Malattia infortunio (12)

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

Data al (GG/MM/AAAA)

/ /

/ /

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo

GG / MM / AAAA

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

Data al (GG/MM/AAAA)

/ /

/ /

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

Era il suo lavoro consueto?

 SI NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore?

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (13)

Sede della lesione (14)

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):

La lesione ha provocato la morte?

 SI NO

Sembra poterla provocare?

 SI NO

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?

 SI NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

La comunicazione della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome

Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SECONDO TESTIMONE

Cognome

Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

Cap

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

Cap

ISTAT

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

Cap

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Prefisso internazionale

Telefono

Nazione

Comune

Prov.

Cap

ISTAT

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO:

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC...) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria
 Ore settimanali
 Giornaliera
 Mensile/mensilizzata
 Convenzionale
 Convenzionale artigiana
 Voucher
 Importo ,

VARIATIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a , dal GG / MM / AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Importo lavoro straordinario ,
 Importo festività cadenti di domenica ,
 Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,

Importo diaria - trasferta ,
 Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... ,
 Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità in % oppure Importo ,
 Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % oppure giorni

Premio di produzione in % oppure Importo ,

Altre mensilità aggiuntive in % oppure Importo ,
 Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... in %

DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Datore di lavoro che effettua la denuncia Durata normale della settimana di lavoro (n. ore) Retribuzione convenzionale oraria ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>	Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>
Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>	Altro datore di lavoro <input type="text"/>	Ore settimanali <input type="text"/>	Retribuzione oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro
 Mandatario del Datore di lavoro

Cognome
 Nome

Codice Fiscale
 Nato a
 Il (GG/MM/AAAA) / /

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione
 Comune
 Prov.
 CAP
 ISTAT

Prefisso estero
 Telefono
 Indirizzo E-MAIL
 Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/85 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / /
 TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Cognome Nome

Codice Fiscale Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1)

Comune di nascita Prov. Data di nascita (GG/MM/AAAA) / / Data decesso (GG/MM/AAAA) / /

Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

Prefisso internazionale Telefono abitazione Prefisso internazionale Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

Infortunio in itinere Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro
 SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

Presso altra azienda SI NO Codice Fiscale altra azienda Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA) / / Giorno festivo SI NO Alle ore (HH/MM) : Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) Durante il turno di notte SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) SI NO / / Alle ore (HH/MM) : Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) / /

Il datore di lavoro era presente? SI NO Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO

Se ha risposto no, perché?

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio? Era il suo lavoro consueto? SI NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (13) Sede della lesione (14)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SECONDO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO		
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Regione sociale		
<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECONDO VEICOLO		
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Regione sociale		
<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>