

DENUNCIA / COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla Sede Inail _____

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

Conforme al modello ministeriale - www.inail.it

AUTORITA' D.P.S.

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 _____

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, ... numero civico) _____
 Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____
 Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____
 Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Da compilare 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 consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono cellulare _____
 Indirizzo Email _____ Indirizzo Pec _____

Studente (2) 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 (3) _____ Tipologia di contratto (4) _____

Tipologia di part-time: Orizzontale Percentuale di part-time _____, _____% Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
 Verticale Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____
 Misto

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 (9)

Tipo polizza (10) Voce di tariffa (11)

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice fiscale amministrazione statale Amministrazione statale

Codice fiscale struttura Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore Codice Inail

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

Cognome Nome Codice Fiscale

INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

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

Nazione Comune Prov. Cap Istat

Indirizzo Email Indirizzo Pec

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)

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. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:

- vaglia postale/assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 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

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 Si No Alle ore _____ : _____

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

Durante il turno di notte Si No

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

Alle ore _____ : _____ Il datore di lavoro ha saputo del fatto il _____ / _____ / _____

Si No Si No

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? _____

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

PRIMO CERTIFICATO MEDICO		CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO	
Numero identificativo certificato _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	Numero identificativo certificato _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____
Data di rilascio del certificato medico _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	Data di rilascio del certificato medico _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____
Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/>	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____
Periodo di prognosi dal _____ al _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	GG/MM/AAAA _____ / _____ / _____	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 (14) _____ Sede della lesione (15) _____

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965):

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. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... 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 di residenza (via, piazza, ... 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 di residenza (via, piazza, ... 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"/>	
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Ragione sociale					
<input type="text"/>					
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... 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 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 di residenza (via, piazza, ... 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"/>	
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Ragione sociale					
<input type="text"/>					
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... 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"/>	



DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:

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

VARIAZIONE 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 <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività cadenti di domenica <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio <input type="text"/> , <input type="text"/>
Importo diaria - trasferta <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati <input type="text"/> , <input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità <input type="text"/> , <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> , <input type="text"/> Importo	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie <input type="text"/> , <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> giorni
Premio di produzione <input type="text"/> , <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> , <input type="text"/> Importo	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... <input type="text"/> , <input type="text"/> in %
Altre mensilità aggiuntive <input type="text"/> , <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> , <input type="text"/> Importo	

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria: , Importo

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

Generalità e recapito 1) _____ _____	Durata normale della settimana di lavoro: N. ore <input type="text"/>	Retribuzione convenzionale oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>
Generalità e recapito 2) _____ _____	Durata normale della settimana di lavoro: N. ore <input type="text"/>	Retribuzione convenzionale oraria <input type="text"/> , <input type="text"/>

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: Lavoro flessibile Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno	N. ore <input type="text"/>
Retribuzione annua tabellare (16) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>
Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto	N. ore <input type="text"/>
Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto	N. ore <input type="text"/>
Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19)	N. ore <input type="text"/>
Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/incaricato del datore di lavoro Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)				
<input type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. :

Note

Data GG/MM/AAAA

Timbro e firma