

# 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)

## SEZIONE DATORE DI LAVORO

**Cognome e nome o ragione sociale****Posizione assicurativa territoriale****ASL****Indirizzo E-MAIL****Indirizzo PEC****Prefisso internazionale Telefono della Sede Legale****Indirizzo per l'invio della corrispondenza****Nazione****Comune****Prov.****Cap****Istat****Indirizzo E-MAIL per l'invio della corrispondenza****Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza**

## SEZIONE LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Stato di Nascita

Cittadinanza

Sesso

Stato Civile

Comune di Nascita

Prov.

Data di Nascita

ISTAT

Indirizzo di RESIDENZA (Via, Piazza, Nr. civico ecc.)

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (Via, Piazza, Nr. civico ecc.)

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono abitazione

Prefisso internazionale

Telefono cellulare

Dati non disponibili

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

## SEZIONE LAVORATORE - Rapporto di Lavoro

Studente

SI

NO

Tipo Lavoratore

Tipo Contratto

Data assunzione

Data fine rapporto

Data decesso

Persone a carico

SI

NO

E' parente del datore

SI

NO

Tutela INPS

SI

NO

CCNL - Settore Lavorativo CNEL

CCNL - Sotto Settore Lavorativo CNEL

Qualifica assicurativa

Voce Professionale

Tipologia di part time

Percentuale part time

Orario previsto il giorno dell'evento

Dalle ore :

Alle ore :

## SEZIONE INFORTUNIO

Luogo in cui si è verificato l'evento:

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

ASL

Infortunio in itinere

 SI  NO

Incidente con mezzo di trasporto

 SI  NO

Incidente aereo

Incidente navale

Incidente ferroviario

Incidente stradale

Altro

Data evento

Alle ore (HH.MM)

 : 

Durante quale ora di lavoro?

Durante il turno di notte?

 SI  NO

Giorno festivo?

 SI  NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro?

 SI  NO

Data di abbandono

Alle ore (HH.MM)

 : 

Il datore di lavoro era presente?

 SI  NO

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

 SI  NO

Se ha risposto no, perchè?

Data in cui il datore di lavoro è venuto a conoscenza del fatto

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

### PRIMO CERTIFICATO

Identificativo Certificato

Data rilascio (GG/MM/AAAA)

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore

Prognosi riservata

Malattia Infortunio

Periodo di prognosi

Dal  Al

### CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Identificativo Certificato

Data rilascio (GG/MM/AAAA)

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore

Periodo di prognosi

Dal  Al

## SEZIONE INFORTUNIO

### DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

### IN PARTICOLARE:

Dove è avvenuto l'infortunio?

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

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?

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

Natura della lesione

Sede della lesione

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

Le informazioni relative ai campi obbligatori non compilati non sono disponibili

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 quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

Descrizione del destinatario di comunicazioni da parte della Direzione Provinciale del Lavoro

## SEZIONE TESTIMONI

### INDICARE EVENTUALI TESTIMONI

#### Testimone 1

Cognome

Nome

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

Prefisso internazionale Telefono

#### Testimone 2

Cognome

Nome

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

Prefisso internazionale Telefono

#### Testimone 3

Cognome

Nome

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

Prefisso internazionale Telefono

#### Testimone 4

Cognome

Nome

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

Prefisso internazionale Telefono

#### Testimone 5

Cognome

Nome

Indirizzo

Nazione

Comune / Stato Estero

Prov.

Cap

ISTAT

Prefisso internazionale Telefono

## SEZIONE VEICOLI A MOTORE

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

Veicolo

1

Targa Veicolo

Compagnia di Assicurazione

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

Veicolo

2

Targa Veicolo

Compagnia di Assicurazione

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

Veicolo

3

Targa Veicolo

Compagnia di Assicurazione

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo

Comune / Stato Estero

Prov. Cap

Nazione

ISTAT

Pref. int. Telefono

## SEZIONE VEICOLI A MOTORE

Veicolo **4** Targa Veicolo  Compagnia di Assicurazione

### DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome  Nome   
Indirizzo  Comune / Stato Estero  Prov. Cap   
Nazione  ISTAT  Pref. int. Telefono

### DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome  Nome   
Indirizzo  Comune / Stato Estero  Prov. Cap   
Nazione  ISTAT  Pref. int. Telefono

Veicolo **5** Targa Veicolo  Compagnia di Assicurazione

### DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome  Nome   
Indirizzo  Comune / Stato Estero  Prov. Cap   
Nazione  ISTAT  Pref. int. Telefono

### DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome  Nome   
Indirizzo  Comune / Stato Estero  Prov. Cap   
Nazione  ISTAT  Pref. int. Telefono

