125 ANNI INPS

PROTOCOLLO

Mod. AS1 - **COD. SR13**
v1.3

Dichiarazione dell'assicurato per infortunio procurato da terzi al di fuori del rapporto di lavoro o per evento accidentale non riconducibile a responsabilità di terzi (AS1) - 1/4

Infortunio extralavorativo

Avvertenze Si ricorda che se l'infortunio extralavorativo è stato determinato da un fatto illecito di un terzo, l'INPS ha diritto di ottenere dal terzo responsabile o dal suo assicuratore il rimborso delle indennità pagate in conseguenza dell'evento.
L'interessato è tenuto, in caso di accordo o pagamento, a non accettare somme prima che l'INPS non sia stato garantito nei suoi diritti ed a rimborsare comunque all'INPS le spese da questo sostenute (articolo 1916 del codice civile e articolo 142 del decreto legislativo 209 del 2005).

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

A cura dell'Ufficio | Certificato n. _____ Archivio n. _____

ALLA SEDE INPS DI _____

Centro Medico Legale _____ Indirizzo _____ cap _____

Dati dichiarante

Io sottoscritto/a

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____ **A** _____ **PROV.** _____

STATO _____ **CITTADINANZA** _____

RESIDENTE IN _____ **PROV.** _____ **STATO** _____

INDIRIZZO _____ **CAP** _____

TELEFONO* _____

CELLULARE* _____

EMAIL* _____

PEC* _____

dipendente dell'Azienda (alla data dell'infortunio) _____

matricola INPS _____ con sede in via _____ città _____

qualifica _____ tipo di contratto _____ orario di lavoro _____

Dichiaro che (barrare la casella corrispondente)

l'infortunio è avvenuto in località _____

il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore (hh:mm) _____

si è trattato di un infortunio ☐ accidentale ☐ provocato da terzi

causato ☐ da veicolo ☐ da natante a motore

il veicolo o il natante a motore ☐ è identificato ☐ è coperto da assicurazione

l'infortunato era ☐ conducente ☐ trasportato ☐ pedone ☐ su altro mezzo

STUDIO 74 - www.studio74.it

Dati del mezzo su cui si trovava il dichiarante, se di sua proprietà

tipo e numero di targa del mezzo _____

Compagnia d'assicurazione _____ agenzia di _____

indirizzo _____ numero polizza _____ scadenza (gg/mm/aaaa) _____

* Dati facoltativi

Dichiarazione dell'assicurato per infortunio procurato da terzi al di fuori del rapporto di lavoro o per evento accidentale non riconducibile a responsabilità di terzi (AS1) - 2/4

Incidente provocato da terzi

Dati conducente e mezzo responsabili

Conducente

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ città _____

Mezzo

tipo e numero di targa del mezzo _____

Compagnia d'assicurazione _____ agenzia di _____

indirizzo _____ numero polizza _____ scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente)

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ città _____

Dati ulteriori della parte danneggiata

Se l'infortunato era trasportato, dati del conducente/proprietario

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ città _____

Mezzo

tipo e numero di targa del mezzo _____

Compagnia d'assicurazione _____ agenzia di _____

indirizzo _____ numero polizza _____ scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente)

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ città _____

Dati del presunto responsabile in caso di percosse, rissa, aggressione ...

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

indirizzo _____ città _____

Notizie generali (descrizione dell'evento)

_____

_____

_____

_____

_____

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

STUDIO 74 - www.studio74.it

Dichiarazione dell'assicurato per infortunio procurato da terzi al di fuori del rapporto di lavoro o per evento accidentale non riconducibile a responsabilità di terzi (AS1) - 3/4

Dati di eventuali testimoni

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____ telefono o cellulare _____
indirizzo _____ città _____

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____ telefono o cellulare _____
indirizzo _____ città _____

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____ telefono o cellulare _____
indirizzo _____ città _____

Autorità intervenute (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro...)

_____
_____

Allego documentazione utile rilasciata dalle autorità

Dichiaro inoltre che

- ☐ ho denunciato l'infortunio alla mia assicurazione
- ☐ ho citato in giudizio il presunto responsabile per il risarcimento del danno in sede civile presso l'Ufficio giudiziario di _____ registro giudiziario n. _____

Professionista (avvocato o altro) incaricato per il recupero delle somme dovute a titolo di risarcimento

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____
indirizzo _____ città _____

- ☐ il danno è stato risarcito (indicare in che misura) _____
- ☐ ritengo che il fatto costituisca reato ☐ esiste un procedimento penale in corso
- ☐ ho proposto querela (allego copia o mi impegno a inviarla alla Sede INPS entro 15 giorni)
- ☐ mi sono costituito parte civile o intendo farlo

Incidente per evento accidentale

Dichiaro che l'evento non è riconducibile a responsabilità di terzi

descrizione della dinamica del fatto

_____
_____
_____

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it
STUDIO 74 - www.studio74.it

Dichiarazione dell'assicurato per infortunio procurato da terzi al di fuori del rapporto di lavoro o per evento accidentale non riconducibile a responsabilità di terzi (AS1) - 4/4

Allego copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità

Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (articoli 46, 47, 71, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Firma _

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

Informativa sul trattamento dei dati personali
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciro il Grande, n. 21, la informa che i dati personali, compresi quelli appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal medesimo Regolamento UE e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali, nell'ambito della gestione delle richieste - rivolte all'Istituto dal suo Datore di lavoro ai sensi dell'art. 5 della legge n. 300/1970 - in ordine allo svolgimento delle visite per il controllo dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia, nonché per tutte le attività ad esse connesse e collegate. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali gli stessi sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito di legittimazione, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento, dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati (es: il suo datore di lavoro); si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciro il Grande, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale www.inps.it, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.

Area riservata alla Struttura INPS

Dirigente medico _

Giudizio medico-legale

_ _

_ _

_ _

Data _ _ _ _ _ _ _ Firma _

Responsabile Unità organizzativa

_ _

_ _

_ _

Data _ _ _ _ _ _ _ Firma _

PrintMod STUDIO 74 - www.studio74.it