



Dichiarazione dell'assicurato in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale (AS1/bis) - 1/4

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

ALLA SEDE INPS DI _____

Centro Medico Legale _____ indirizzo _____ cap _____

Dati dichiarante lo 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) _____

con sede in via _____ città _____

qualifica _____ tipo di contratto _____ orario di lavoro _____

- sabato lavorativo mensa aziendale

(descrivere in maniera dettagliata la mansione lavorativa abituale e l'ambiente in cui viene svolta)

Infortunio sul lavoro

Dichiaro che: (barrare la casella corrispondente)

- presumo delle responsabilità del datore di lavoro riferite alle misure igieniche e di prevenzione
 ho effettuato visite preventive e/o periodiche (in caso negativo indicare la motivazione)

- sono affetto da precedenti patologie
 percepisco rendita INAIL
 sono stato in precedenza assistito dall'INAIL per la stessa patologia
 sono invalido civile (indicare la percentuale) _____ %
 percepisco l'assegno d'invalidità INPS

osservazioni (compilare in caso di risposte affermative alle precedenti domande)

* Dati facoltativi

Dichiarazione dell'assicurato in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale (AS1/bis) - 2/4

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- l'infortunio è avvenuto in località _____
il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore (hh:mm) _____
 - l'infortunio è avvenuto "durante il percorso" (in itinere)
 - l'infortunio è avvenuto durante il percorso per recarmi/rientrare a casa dopo il lavoro
 - il tratto di strada rientra nel percorso abituale casa-lavoro e viceversa
 - l'infortunio è stato denunciato all'INAIL
 - si è verificato in occasione di un servizio esterno
 - il servizio esterno era autorizzato
 - l'INAIL ha riconosciuto l'infortunio durante il percorso (in itinere)
 - è in corso contenzioso amministrativo o giudiziario per il riconoscimento

- infortunato ho abbandonato il lavoro il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore (hh:mm) _____
descrizione dell'accaduto _____

Dati del presunto responsabile in caso di aggressione

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____
domicilio _____

- il datore di lavoro era presente

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 _____

Dati di chi ha prestato il primo soccorso

Cognome _____ Nome _____
codice fiscale _____ telefono o cellulare _____

Struttura sanitaria che ha fornito l'assistenza _____
data (gg/mm/aaaa) _____ ora (hh:mm) _____



Dichiarazione dell'assicurato in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale (AS1/bis) - 3/4

diagnosi

prognosi

Autorità che ha svolto gli accertamenti e sede di appartenenza (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro)

Sede INAIL in cui è aperta la pratica

● **Malattia professionale**

Dichiaro che: (barrare la casella corrispondente)

i primi sintomi della malattia (indicare quale)

sono insorti il (gg/mm/aaaa) _____

la malattia ha determinato astensione dal lavoro in data (gg/mm/aaaa) _____

accertamenti e cure effettuate

lavorazione a cui ero adibito precedentemente alla manifestazione della malattia

data d'inizio (gg/mm/aaaa) _____

Sede INAIL in cui è aperta la pratica

● **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'INI 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 _____

Dichiarazione dell'assicurato in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale (AS1/bis) - 4/4

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 _____