

All'Inail Direzione centrale
rapporto assicurativo
dcra@postacert.inail.it

DENUNCIA DI INFORTUNIO

(DA UTILIZZARE SOLO PER INFORTUNI OCCORSI DAL 1° LUGLIO 2022 AL 31 DICEMBRE 2023 EX ART.1, COMMA 109, LEGGE 234/2021)

DATI DEL GIORNALISTA

Il/La sottoscritto/a: cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

nato/a il (GG/MM/AAAA) _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

domiciliato/a a _____ Prov. _____
(recapito per la corrispondenza da compilare solo se diverso dalla residenza)

via/piazza _____ n. _____ cap _____

tel.: _____ Email _____ Pec _____

dipendente dell'azienda/datore di lavoro:

(denominazione azienda/datore di lavoro)

codice fiscale azienda/datore di lavoro _____

A seguito dell'infortunio avvenuto il giorno (GG/MM/AAAA) _____ alle ore _____

in località: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a beneficiare dell'assicurazione infortuni prevista dal vigente Contratto nazionale giornalistico.

Consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, il sottoscritto

DICHIARA

ai sensi dell'articolo 47 del d.P.R. 445/2000

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio:

SI IMPEGNA

a non accettare alcuna somma a titolo di indennità dal civilmente responsabile o da chi per lui prima che l'Inail sia stato rimborsato di tutte le spese sostenute in conseguenza dell'infortunio, ritenendosi personalmente e direttamente responsabile del rimborso delle predette spese qualora con dichiarazioni verbali o scritte o a seguito di percepimento di somme o per qualsiasi altro motivo abbia o dovesse arrecare pregiudizio al diritto di surrogazione spettante all'Inail verso il terzo responsabile.

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento (carta di identità, passaporto, patente di guida)
- copia della documentazione sanitaria attestante l'infortunio, l'avvenuta guarigione clinica e il presumibile grado di invalidità permanente
- la seguente ulteriore documentazione utile _____

Tutela dei dati: il richiedente dichiara di essere informato che il trattamento dei dati sarà effettuato dall'Inail nel rispetto del d.lgs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679, anche con strumenti elettronici. L'informativa in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del regolamento UE 2016/679) è pubblicata alla pagina: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>

Luogo _____ data (GG/MM/AAAA) _____

Firma

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

Dati del veicolo condotto dall'infortunato o sul quale si trovava l'infortunato stesso:

cognome e nome/denominazione/ragione sociale del proprietario:

marca e modello _____

targa _____ compagnia assicuratrice _____

con sede a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

polizza assicurativa n. _____ data di scadenza (GG/MM/AAAA) _____

L'infortunato ha comunicato alla compagnia assicuratrice del presunto responsabile civile e/o alla propria compagnia di assicurazione di aver diritto a indennizzo da parte dell'Inail?

Sì

No

Autorità che ha espletato i primi accertamenti:

Dati del presunto responsabile civile:

cognome _____ nome _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Dati del veicolo che ha provocato il sinistro:

marca e modello _____ targa _____

compagnia assicuratrice: _____

con sede a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Email _____ Pec _____

polizza assicurativa n. _____ data di scadenza (GG/MM/AAAA) _____

Dati del proprietario (se il conducente del veicolo è persona diversa dal proprietario):

cognome _____ nome _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Eventuali testimoni:

cognome _____ nome _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

cognome _____ nome _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

cognome _____ nome _____

residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Dati della compagnia assicuratrice presso la quale è assicurato il veicolo condotto dal presunto responsabile:

compagnia assicuratrice: _____

con sede a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Email _____ Pec _____

polizza assicurativa n. _____ data di scadenza (GG/MM/AAAA) _____

Il presunto responsabile ha risarcito il danno?

Sì No

Se sì, indicare in quale misura: _____ euro

a quale titolo _____

Nella transazione sul danno le parti (l'assicurato, responsabile o chi per lui) hanno fatto salvi i diritti dell'Inail?

Sì No

L'infortunato (o chi per lui) ha proposto querela contro il presunto responsabile?

Sì No

Pende procedimento penale a carico del presunto responsabile?

Sì No

Se sì, indicare l'Ufficio Giudiziario:

L'infortunato (o chi per lui) si è costituito parte civile?

Sì No

L'infortunato (o chi per lui) è assistito dall'avvocato:

cognome _____ nome _____
con studio legale a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n. _____ cap _____
Email _____ Pec _____
recapiti telefonici: _____

L'infornato (o chi per lui) ha iniziato l'azione per il risarcimento del danno?

Sì No

Se sì, indicare l'Ufficio Giudiziario:

Altre notizie utili:

Tutela dei dati: il richiedente dichiara di essere informato che il trattamento dei dati sarà effettuato dall'Inail nel rispetto del d.lgs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679, anche con strumenti elettronici. L'informativa in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del regolamento UE 2016/679) è pubblicata alla pagina: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>

Luogo _____ data (GG/MM/AAAA) _____

Firma
