

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Stato civile (1) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data di 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 \_\_\_\_\_

Lavoratore marittimo (2)  Si  No      Parente del datore di lavoro  Si  No      Persone a carico  Si  No      Tutela Inps in caso di malattia comune  Si  No

Matricola \_\_\_\_\_ Compartimento \_\_\_\_\_

Categoria marittimo (3) \_\_\_\_\_

Tipologia di lavoratore (4) \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto (5) \_\_\_\_\_

Data assunzione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ CRL \_\_\_\_\_

CCNL - Codice CNEL (6) \_\_\_\_\_ CCNL - Titolo CNEL (7) \_\_\_\_\_

CCNL - Settore lavorativo CNEL (8) \_\_\_\_\_

CCNL - Firmatari datoriali \_\_\_\_\_

CCNL - Firmatari sindacali \_\_\_\_\_

Qualifica assicurativa (9) \_\_\_\_\_

Qualifica professionale personale marittimo Unimare (10) \_\_\_\_\_

Voce professionale Istat (11) \_\_\_\_\_

SEZIONE LAVORATORE

Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Codice ditta	Posizione assicurativa navigazione	Tipo certificato			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Indirizzo della sede legale (via, piazza, ... numero civico)					
<input type="text"/>					
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Nome nave		
<input type="text"/>		
Bandiera	Numero certificato	Porto di iscrizione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo registro	Numero di registro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Categoria di naviglio	Servizio a cui è abilitata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Periodo di armamento/classificativo dal <input type="text"/> (GG/MM/AAAA) al <input type="text"/> (GG/MM/AAAA)		

Indirizzo per l'invio della <b>corrispondenza</b> [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (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"/>
Indirizzo Email per l'invio della corrispondenza		Indirizzo Pec per l'invio della corrispondenza		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE**

- L'INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA È ANTICIPATA AL LAVORATORE DAL DATORE DI LAVORO CON LE MODALITÀ PREVISTE DALL'ARTICOLO 70 D.P.R. 1124/1965. IL RIMBORSO AVVERRÀ CON ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE (O ALTRO STRUMENTO ELETTRONICO DI PAGAMENTO) IDENTIFICATO DAL SEGUENTE CODICE IBAN:

**L'INFORTUNIO È AVVENUTO:**Attività svolta in cantiere (per lavori edili o di ingegneria civile) (12) Si  No 

Infortunio in itinere  Si  No   
 Infortunio a bordo  Si  No   
 Infortunio in navigazione  Si  No   
 Incidente con mezzo di trasporto  Si  No   
 Incidente stradale    
 Incidente ferroviario    
 Incidente aereo    
 Incidente navale    
 Altro

Luogo dell'evento - Se l'evento avviene in navigazione, indicare in prossimità di quale località geografica è avvenuto (es. acque antistanti il porto di..., a largo delle coste del..., in mare aperto in prossimità ...)

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)

Nazione     Comune     Prov.     Cap     Istat     Asl

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

Data imbarco (GG/MM/AAAA)     Ufficio/Porto imbarco

Data sbarco (GG/MM/AAAA)     Ufficio/Porto sbarco

Sbarco regolarizzato (13)  Si  No   
 Condizioni meteo (14)    
 Data primo approdo (GG/MM/AAAA (15))

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)  Si  No   
 Alle ore  :    
 Il comandante/datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)

Il comandante/datore di lavoro era presente?  Si  No   
 Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?  Si  No

Se ha risposto no, perchè?

**DATI CERTIFICATI MEDICI 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**

Identificativo certificato

Data in cui il comandante/ datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore GG/MM/AAAA

Prognosi riservata     Malattia infortunio (16)

Periodo di prognosi GG/MM/AAAA  dal GG/MM/AAAA  al GG/MM/AAAA

**CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO**

Identificativo certificato

Data in cui il comandante/ datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi GG/MM/AAAA  dal GG/MM/AAAA  al GG/MM/AAAA

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:**

In che modo è avvenuto l'infortunio?

**IN PARTICOLARE:**

Dove è avvenuto l'infortunio? (es. in sala macchine, in coperta, sul molo)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. lavoro di tipo ittico, pesca, pulizia di locali, manutenzione, ispezione macchinari o attrezzature)

Era il suo consueto lavoro?  Si  No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. lanciava la cima di ormeggio, saliva le scale)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (es. sbatteva, cadeva, si schiacciava)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri Natura della lesione (17) Sede della lesione (18) **DATI PER L'AUTORITÀ PORTUALE O CONSOLARE (art. 54 d.p.r. 1124/1965):**La lesione ha provocato la morte?  Si  No    Sembra poterla provocare?  Si  NoSembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?  Si  NoQuanti 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

**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 209/2005 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 E' COMPUTATA SU BASE:

Mensile/mensilizzata

Convenzionale

Data imbarco (GG/MM/AAAA)

Data sbarco (GG/MM/AAAA)

CRL

Comandata

**ELEMENTI FISSI**

(PAGA BASE CONGLOBATA+SCATTI ANZIANITA'+INTEGRAZIONE AZIENDALE FISSA, ECC.) (vedi nota a)

Importo

 , **VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 30 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO**

(da utilizzare in caso di cambio di qualifica o rinnovo contrattuale ecc.)

Importo

 , 

Data variazione dal

GG/MM/AAAA

**ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 30 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO**

(in caso di imbarco inferiore al mese indicare i valori effettivamente corrisposti per il minor periodo):

Indennità di navigazione e cisterna  
esposta al 50% (d.lgs. 314/1997) , Importo altri elementi retributivi  
connessi ad attività lavorative svolte  
nel periodo di riferimento (vedi nota b) , Importo elementi retributivi individuali  
(assegni ad personom e bonus)  
(vedi nota c) , 

Compenso festività nazionali

 , 

N. giorni

Importo riposi compensativi e  
rateo ferie non usufruite , 

N. giorni

Importo lavoro straordinario

 , 

N. ore

Tredicesima mensilità

Importo rateo

 , 

Altre mensilità aggiuntive

Importo rateo

 , **NOTE**

- a) Gli elementi fissi della retribuzione vanno rapportati al mese nel caso in cui l'assistito abbia lavorato per un periodo inferiore ai 30 giorni
- b) Nel campo va indicato l'importo totale delle eventuali ulteriori voci variabili effettivamente maturate e corrisposte nel periodo di riferimento che costituiscono base imponibile per il computo dei contributi (es: indennità di rappresentanza per comandanti e direttori di macchina imbarcati su navi fino a 3000 T.S.L.; la parte eccedente la quota esente della panatica per i marittimi a terra; ecc). sono tassativamente escluse le voci individuate dall'art. 6 del d. lgs. 314/97
- c) Salvo diverse indicazioni del contratto individuale/lettera d'imbarco gli elementi retributivi individuali riferiti all'intero periodo di imbarco devono essere suddivisi per il periodo d'imbarco stesso e presi in considerazione per la frazione maturata nei trenta giorni precedenti lo sbarco

**Il sottoscritto**

Datore di lavoro     Delegato del datore di lavoro     Comandante/Padrone marittimo     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"/>		
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. n. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. sicurezza (d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di comandante/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 comandante/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**

---

---

---

---

---

GG/MM/AAAA  
Data

Firma