

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(combinato disposto art.3,art.18,comma 1,lettera r, e art.21 d.lgs. n.81/2008

Numero Comunicazione infortunio

Codice utente

Data e ora invio Comunicazione

 / / : :

Origine

DATI INAIL

Sede INAIL competente

Telefono

Fax

Comune

Provincia

CAP

ISTAT

Email

PEC

ANAGRAFICA DATORE LAVORO

Cognome

Nome

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000

IL SOTTOSCRITTO

Cognome

Nome

Telefono

Email

PEC

DICHIARA

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del d.p.r. n. 1124/1965 e del d.lgs. n. 81/2008 e s.m. in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega 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. 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), 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 datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato 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 Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.

Note

Data

Firma

SEZIONE DATORE DI LAVORO

Codice fiscale

Cognome e nome o ragione sociale

Codice ditta

Posizione assicurativa territoriale

Settore attività

Tipo polizza

Note

Voce tariffa

Note

Nazione

Comune

Provincia

CAP

ISTAT

ASL

Telefono della sede legale

Indirizzo della sede legale

Email

PEC della sede legale comunicato al Registro imprese

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

Nazione

Comune

Provincia

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

Telefono dell'unità produttiva

Email dell'unità produttiva

PEC dell'unità produttiva

Reparto ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione

SEZIONE LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice fiscale

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso

Stato civile

Comune di nascita

Provincia

Data di nascita

 / /

Indirizzo di RESIDENZA (via,piazza,ecc.... e numero civico)

Nazione

Comune

Provincia

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (via,piazza,ecc.... e numero civico)(solo se diverso da quello di residenza)

Nazione

Comune

Provincia

CAP

ISTAT

ASL

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL

Recapito telefonico

Dati non disponibili

Secondo recapito telefonico

Email

PEC

Studente

Data assunzione il (gg/mm/aaaa)

 / /

Data fine rapporto di lavoro il (gg/mm/aaaa)

 / /

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

CCNL - Codice CNEL

CCNL - Titolo CNEL

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Firmatari datoriali

CCNL - Firmatari sindacali

Qualifica assicurativa

Voce professionale

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Luogo dell'evento

Indirizzo

Nazione

Provincia CAP ISTAT

Comune

ASL

Attività svolta in cantiere (per lavori edili o ingegneria civile)

Infortunio in itinere

Incidente con mezzo di trasporto

Incidente stradale

Incidente ferroviario

Incidente aereo

Incidente navale

Altro

Data evento (gg/mm/aaaa) / /

Alle ore (hh:mm) :

Durante quale ora di lavoro (1°2°,ecc...)

Giorno festivo

Durante il turno di notte

Presso altra azienda

Codice fiscale

Denominazione ragione sociale

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART.18 c. 1 ltr. R, D.LGS. 81/2008

Identificativo certificato

Data di rilascio (gg/mm/aaaa) / /

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore (gg/mm/aaaa)

 / /

Periodo di prognosi

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?

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

Era il suo lavoro consueto?

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

Sede della lesione

Natura della lesione