

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n.1124 - art.18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n.81)

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

Codice Utente

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

 / / : :

Origine

DATI INAIL

Sede

Telefono

FAX

Comune

Prov.

CAP

Codice ISTAT

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

ANAGRAFICA DATORE LAVORO

Cognome

Nome

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000 e s.m.i

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/Incaricato del Datore di lavoro

Cognome

Nome

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico 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 da 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 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 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, 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

DATA

FIRMA

SEZIONE AMMINISTRAZIONE STATALE

Codice Fiscale

Amministrazione Statale

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo dell'Amministrazione Statale

Indirizzo PEC dell'Amministrazione Statale

Prefisso internazionale / Telefono dell'Amministrazione Statale

Codice Fiscale

Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore

Codice Struttura

Codice INAIL - Descrizione

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo della Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore

Indirizzo PEC della Struttura

Prefisso internazionale / Telefono della Struttura

Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori relativi alla pratica di infortunio]

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza

SEZIONE LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso

Stato civile

Comune di nascita

Prov.

Data di nascita
(gg/mm/aaaa)

 / /

Data decesso
(gg/mm/aaaa)

 / /

Indirizzo di RESIDENZA (Via, piazza, n.civico ecc.)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (Via, piazza, n.civico ecc.)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Da compilare 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 cellulare

 /

Dati non disponibili

Prefisso internazionale/Telefono abitazione

 /

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Parente del datore di lavoro

Persone a carico

Studente

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data assunzione II (gg/mm/aaaa)

 / /

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

 / /

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

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

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

SI

NO

Infortunio in itinere

SI

NO

Incidente con mezzo di trasporto

SI

NO

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...)

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (gg/mm/aaaa)

 SI NO / /

Alle ore (hh/mm)

 :

Giorno festivo

SI

NO

Durante il turno di notte

SI

NO

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (gg/mm/aaaa)

 / /

Il datore di lavoro era presente?

SI

NO

Se no, ritieni che la descrizione riferita risponda a verità?

SI

NO

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART.53, D.P.R. 30/06/1965 N.1124

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico

 GG / MM / AAAA

Prognosi riservata

Malattia infortunio

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

 / /

Data al (GG/MM/AAAA)

 / /

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo

 GG / MM / AAAA

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

 / /

Data al (GG/MM/AAAA)

 / /

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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?

 SI NO

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

Natura della lesione

Sede della lesione

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):

Le informazioni relative ai campi non compilati non sono disponibili

La lesione ha provocato la morte?

 SI NO

Sembra poterla provocare?

 SI NO

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?

 SI NO

Quanti 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:

La comunicazione della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

SEZIONE TESTIMONI

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

Testimone 1

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 2

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 3

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 4

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 5

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

VEICOLO 1

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 2

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 3

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

VEICOLO 4

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 5

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT