

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

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

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

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro

Delegato del Datore di lavoro

Mandatario del Datore di lavoro

Delegato del Mandatario

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 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 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 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

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 di tariffa

Note

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale / Telefono della sede legale

 /

Indirizzo della Sede legale

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC della sede legale comunicato al Registro Imprese

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale / Telefono dell'unità produttiva

 /

Indirizzo dell'Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore

Indirizzo E-MAIL dell'Unità produttiva

Indirizzo PEC dell'Unità produttiva

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Indirizzo E-MAIL per l'invio della corrispondenza

Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza

comunicato al Registro Imprese

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' 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

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 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 / **Dati non disponibili**

Prefisso internazionale/Telefono cellulare /

Indirizzo E-MAIL **Indirizzo PEC**

Parente del datore di lavoro SI NO **Persone a carico** SI NO **Tutela INPS in caso di malattia comune** SI NO **Studente** SI NO

Tipologia di lavoratore **Tipologia di contratto**

Tipologia di part-time **Percentuale di part-time** , % **Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento**

Dalle ore (hh:mm) : **Alle ore (hh:mm)** :

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

Presso altra Azienda

SI

NO

Codice Fiscale

Denominazione/Ragione sociale

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

SI

NO

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, ritiene 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

Identificativo Certificato

Data rilascio (GG/MM/AAAA) / /

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto
i riferimenti del primo certificato medico
dal lavoratore

GG MM AAAA
 / /

Prognosi riservata Malattia infortunio

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

 / /

Data dal (GG/MM/AAAA)

 / /

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Identificativo Certificato

Data rilascio (GG/MM/AAAA) / /

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto
i riferimenti del certificato medico
successivo al primo dal lavoratore

GG MM AAAA
 / /

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

 / /

Data dal (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

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO)
PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione:

Lavoro Flessibile

Lavoro Elastico

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico:

Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno

N° Ore

Retribuzione annua tabellare prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria

Importo

,

Ore di lavoro settimanali da retribuire al lavoratore in forza di legge o per contratto

N° Ore

Ore di lavoro settimanali supplementari da retribuire al lavoratore per contratto

N° Ore

Ore di lavoro settimanali supplementari, effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto

N° Ore

Lavoro straordinario riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento

Importo

,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento