

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO - AGRICOLTURA
(combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008)

Alla sede Inail _____

Pec _____

SEZIONE DATORE LAVORO

Codice fiscale _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Tipologia datore di lavoro _____ Cida _____

Matricola Inps _____ Chiave azienda _____ Ateco _____ Inizio attività (GG/MM/AAAA) _____ Fine attività (GG/MM/AAAA) _____

Tipo ditta _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Telefono sede legale _____ Indirizzo sede legale _____

Email _____ Pec _____

Attività agricola _____

Lavorazione svolta dall'azienda _____

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Telefono dell'unità produttiva _____ Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore _____

Email dell'unità produttiva _____ Pec dell'unità produttiva _____

SEZIONE LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile _____

 F M

Comune di nascita _____ Provincia _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____

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 _____

Secondo recapito telefonico _____

 Dati non disponibili

Email _____ Pec _____

Studente Sì No

Tipologia di lavoratore _____ Tipologia di contratto _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro il (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 è avvenuto**

Luogo dell'evento _____

Indirizzo _____

Nazione _____

Comune _____

Provincia _____

Cap _____

Istat _____

Asl _____

Attività svolta in cantiere (lavori edili o di ingegneria civile) Sì No 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

 Sì No

Durante il turno di notte

 Sì No

Presso altre aziende

 Sì No

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, LETT. R, D.LGS. 81/2008
Non è stato possibile associare la comunicazione d'infortunio alla certificazione medica pervenuta all'Istituto

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'infortunioIn 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?

 Sì No _____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

FIRMA-AUTOCERTIFICAZIONE

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

Datore di lavoro Mandatario

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Nato a _____ II (GG/MM/AAAA) _____

Indirizzo _____ Provincia _____

Comune _____ Cap _____ Telefono _____

Email _____ Pec _____

DICHIARA

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Sicurezza (d.lgs. n.81/2008) in qualità di 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;
- 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/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 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 _____