

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

Alla sede Inail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**SEZIONE AMMINISTRAZIONE STATALE**

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Amministrazione statale \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Amministrazione statale \_\_\_\_\_

Telefono dell'Amministrazione statale \_\_\_\_\_ Pec dell'Amministrazione statale \_\_\_\_\_

Codice fiscale struttura \_\_\_\_\_ Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore \_\_\_\_\_

Codice struttura \_\_\_\_\_ Codice Inail - descrizione \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Indirizzo della struttura in cui opera abitualmente il lavoratore \_\_\_\_\_

Pec della struttura \_\_\_\_\_ Telefono della struttura \_\_\_\_\_

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

 Dati non disponibili

Secondo recapito telefonico \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Studente  Sì  No

Tipologia di lavoratore \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto \_\_\_\_\_

Data assunzione il (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 Istat \_\_\_\_\_

**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 <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Durante il turno di notte <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
_____	_____	_____	_____	_____

**DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 18, C. 1, LETT. 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?  Sì  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

Sede della lesione

\_\_\_\_\_

Natura della lesione

\_\_\_\_\_

**FIRMA-AUTOCERTIFICAZIONE**

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

Datore di lavoro  Delegato del datore di lavoro

Cognome	Nome		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)	
Indirizzo	Comune	Provincia	Cap
Email	Pec	Telefono	

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