

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO - IASPA
(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 _____

Codice ditta _____ Posizione assicurativa territorio _____ 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 _____

 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 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 _____

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

<input type="radio"/> Infortunio in itinere	<input type="radio"/> Incidente con mezzo di trasporto	<input type="radio"/> Incidente stradale	<input type="radio"/> Incidente ferroviario	<input type="radio"/> Incidente aereo	<input type="radio"/> Incidente navale	<input type="radio"/> 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	
_____	_____	_____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	

Presso altre aziende	Codice fiscale	Denominazione ragione sociale
<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	_____	_____

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

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO 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/incaricato del datore di lavoro Mandatario del datore di lavoro

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nato a

II (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