

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 F M Stato civile _____

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 Si No

Tipologia di lavoratore _____ Tipologia di contratto _____

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

CCNL - Settore lavorativo CNEL _____ CCNL - Categoria CNEL _____

Qualifica assicurativa _____

Voce professionale Istat _____

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO**L'infortunio è avvenuto**

Luogo dell'evento _____

Indirizzo _____

Nazione _____

Comune _____

Provincia _____

Cap _____

Istat _____

Asl _____

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

Durante il turno di notte

 Si No Si 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? Si NoAl 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-AUTOCERTIFICAZIONEDichiarazione 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

Data _____

Firma _____