

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO - NAVIGAZIONE MARITTIMA

(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 azienda _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Codice ditta _____ Posizione assicurativa navigazione _____ Tipo certificato _____

Nazione _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Telefono della sede legale _____ Indirizzo della sede legale _____

Email _____ Pec della sede legale comunicato al Registro imprese _____

Nome nave _____

Bandiera _____ Numero certificato _____ Porto di iscrizione _____

Tipo di registro _____ Numero di registro _____

Categoria di naviglio _____ Servizio a cui è abilitata _____

Periodo di armamento/classificativo _____ Dal (GG/MM/AAAA) _____ Al (GG/MM/AAAA) _____

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 _____

Secondo recapito telefonico _____ Dati non disponibili

Email _____ Pec _____

Lavoratore marittimo Si No Matricola _____ Compartimento _____

Categoria marittimo _____

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 _____ Qualifica professionale personale marittimo Unimare _____

Voce professionale Istat _____

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

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|-----------------------------|
| Luogo dell'evento | | | Indirizzo | | | |
| _____ | | | _____ | | | |
| Nazione | | | Comune | | | |
| _____ | | | _____ | | | |
| Provincia | Cap | Istat | Asl | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | |
| <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"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| Data imbarco (GG/MM/AAAA) | Ufficio/Porto imbarco | Condizioni meteo | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | |

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'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

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 Comandante/Padrone marittimo 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

Data _____

Firma _____