

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n.1124 - art.18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n.81)

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

Numero Registro Infortuni Aziendale

Codice Utente

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

Origine

DATI INAIL

Sede

Telefono

FAX

Comune

Prov.

CAP

Codice ISTAT

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000 e s.m.i

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro

Delegato del Datore di lavoro

Mandatario del Datore di lavoro

Delegato del Mandatario

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Il (gg/mm/aaaa)

Indirizzo

Comune

CAP

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del disposto del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d. lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA

FIRMA

SEZIONE DATORE DI LAVORO

Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Codice Ditta	Posizione assicurativa territoriale	Settore attività		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Tipo polizza	Note			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Voce di tariffa	Note			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nazione		Comune		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Prov.	CAP	ISTAT	ASL	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Prefisso internazionale / Telefono della sede legale				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Indirizzo della Sede legale				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Nazione		Comune		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Prov.	CAP	ISTAT	ASL	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Prefisso internazionale / Telefono dell'unità produttiva				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Indirizzo dell'Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Indirizzo E-MAIL dell'Unità produttiva		Indirizzo PEC dell'Unità produttiva		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio]				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Indirizzo E-MAIL per l'invio della corrispondenza		Indirizzo PEC per l'invio della corrispondenza		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE

SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL' ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:

<input type="checkbox"/>	assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, Legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)
<input type="checkbox"/>	accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN
	Codice IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/>

SEZIONE LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso

Stato civile

Comune di nascita

Prov.

Data di nascita
(gg/mm/aaaa)

 / /

Data decesso
(gg/mm/aaaa)

 / /

Indirizzo di RESIDENZA (Via, piazza, n.civico ecc.)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (Via, piazza, n.civico ecc.)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale/Telefono abitazione

Prefisso internazionale/Telefono cellulare

Dati non disponibili

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Da indicare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio. L'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Parente del datore di lavoro

Persone a carico

Tutela INPS in caso di malattia comune

Studente

Tipologia di lavoratore

Tipologia di contratto

Data assunzione II (gg/mm/aaaa)

 / /

Data fine rapporto di lavoro II (gg/mm/aaaa)

 / /

CCNL - Settore lavorativo CNEL

CCNL - Categoria CNEL

Qualifica assicurativa

Voce professionale

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Luogo dell'evento

Indirizzo

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Infortunio in itinere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Incidente con mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Incidente stradale <input type="checkbox"/>	Incidente ferroviario <input type="checkbox"/>	Incidente aereo <input type="checkbox"/>	Incidente navale <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	---	--	-----------------------------------

Presso altra Azienda

 SI NO

Codice Fiscale

Denominazione/Ragione sociale

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

 SI NO

Data evento (gg/mm/aaaa) <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	Alle ore (hh/mm) <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	Durante quale ora di lavoro (1°, 2° ecc...) <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	L'infortunato ha abbandonato il lavoro (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	Alle ore (hh/mm) <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>
---	---	--	--	---

Giorno festivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Durante il turno di notte <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (gg/mm/aaaa) <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: none;" type="text"/>	Il datore di lavoro era presente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--	--	--	--

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART.53, D.P.R. 30/06/1965 N.1124

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico GG MM AAAA
 / /

Prognosi riservata Malattia infortunio

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA) Data al (GG/MM/AAAA)
 / / / /

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo GG MM AAAA
 / /

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA) Data al (GG/MM/AAAA)
 / / / /

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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

Natura della lesione

Sede della lesione

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):

Le informazioni relative ai campi non compilati non sono disponibili

La lesione ha provocato la morte?

 SI NO

Sembra poterla provocare?

 SI NO

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?

 SI NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione della Direzione Territoriale del Lavoro - Servizio Ispezione del Lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

SEZIONE TESTIMONI

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

Testimone 1

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 2

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 3

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 4

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Testimone 5

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

VEICOLO 1

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 2

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 3

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

VEICOLO 4

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

VEICOLO 5

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Indirizzo di RESIDENZA

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome

Nome

Ragione sociale

Prefisso internazionale/Telefono

 /

Indirizzo di RESIDENZA

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC...) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria Ore settimanali Giornaliera Mensile / mensilizzata Convenzionale Convenzionale artigiana Voucher Importo ,

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a , dal (gg/mm/aaaa) / /

Importo lavoro straordinario ,

Importo festività cadenti di domenica ,

Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,

Importo diaria - trasferta ,

Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... ,

Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità in % , oppure Importo ,

Premio di produzione in % , oppure Importo ,

Altre mensilità aggiuntive in % , oppure Importo ,

Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie

in % , oppure giorni

Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... in % ,

LA RETRIBUZIONE GIORNALIERA BASE PER IL CALCOLO DELLA INDENNITA' TEMPORANEA RISULTA ESSERE: Importo ,