

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata: Al lavoratore presso la sede dell'impresa

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Data GG / MM / AAAA	alle ore	Durante la	ora di lavoro	Durante il turno nott.	Nel comune di:	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cap	Codice ISTAT comune	Codice ASL	L'infortunato ha abbandonato subito il lavoro?	Data di abbandono GG/MM/AAAA	Ora di abbandono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione).

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, nella stalla ecc.....)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, ecc.)

Era il suo lavoro consueto?

Saltuariamente?

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo, ecc.)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Il datore di lavoro era presente?

Se no, ritiene che la descrizione risponda a verità?

Se ha risposto no perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (L. 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA.

CHE TIPO DI LESIONE E' STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

.....

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata: Al lavoratore presso la sede dell'impresa

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Data GG / MM / AAAA	alle ore	Durante la	ora di lavoro	Durante il turno nott.	Nel comune di:	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cap	Codice ISTAT comune	Codice ASL	L'infortunato ha abbandonato subito il lavoro?	Data di abbandono GG/MM/AAAA	Ora di abbandono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione).

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, nella stalla ecc.....)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, ecc.)	Era il suo lavoro consueto?	Saltuariamente?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo, ecc.)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)	Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il datore di lavoro era presente?	Se no, ritiene che la descrizione risponda a verità?	Se ha risposto no perché?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (L. 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA.

CHE TIPO DI LESIONE E' STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)	Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata: Al lavoratore presso la sede dell'impresa

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Data GG / MM / AAAA	alle ore	Durante la	ora di lavoro	Durante il turno nott.	Nel comune di:	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cap	Codice ISTAT comune	Codice ASL	L'infortunato ha abbandonato subito il lavoro?	Data di abbandono GG/MM/AAAA	Ora di abbandono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione).

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, nella stalla ecc.....)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, ecc.) Era il suo lavoro consueto? Saltuariamente?

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo, ecc.)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Il datore di lavoro era presente? Se no, ritiene che la descrizione risponda a verità? Se ha risposto no perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (L. 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA.

CHE TIPO DI LESIONE E' STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

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 quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta:
- infortunato o superstiti:

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune di Provincia di

Si dichiara che la ditta ha presentato la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA Firma dell'autorità che riceve la denuncia

Timbro dell'ufficio