

ESEMPIO: COME COMPILARE LA DENUNCIA DI INFORTUNIO DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA SICUREZZA O IL COMUNE DOVE' AVVENUTO L'INFORTUNIO.

INAIL

Mod. 4 - Prost.

Caso N. - Riservato all'INAIL
 Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

DENUNCIA D'INFORTUNIO COMPILARE CON I DATI DELL'INFORTUNATO:

Nome Cognome
 Codice Fiscale Indirizzo
 Stato di nascita Sesso Stato civile **VEDI NOTE**
 Codice ASL Professione o mestiere **VEDI NOTE**
 Data assunzione GG MM AAAA **VEDI NOTE**
 Indirizzo **VEDI NOTE**
 Comune **VEDI NOTE**

SEZIONE 1 - LAVORATORE

COMPILARE CON I DATI DEL DATORE DI LAVORO:
 Indirizzo **VEDI NOTE**
 Comune **VEDI NOTE**
 Qualifica **VEDI NOTE**
 Indirizzo **VEDI NOTE**
 Comune **VEDI NOTE**

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

SEZIONE 3 - DATORE DI LAVORO

N.B. I DATI MANGANTI VERRANNO COMUNICATI APENA L'AZIENDA NE SARA' IN POSSESSO.



4P42

L'INFORTUNIO E AVVENUTO

GG MM AAAA
 Codice ISTAT Comune
 Comune di
 L'infornuto ha abbandonato il lavoro? SI NO
 Ha rilevato il primo certificato medico il GG MM AAAA

COMPILARE CON LA DINAMICA DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo e avvenuto l'infornuto? (descrizione particolareggiata della causa e circostanze in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

COMPILARE CON IL LUOGO ESATTO DELL'INFORTUNIO
 Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manipolazione, costruzione, pulizia, consultazione mezzo di trasporto, sollevamento linee)
 Era il suo lavoro abituale? SI NO
 Al momento dell'infornuto che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevare una cassa, salire lo scalo, usare il martello, avviare il campo)

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLA MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI CONVOLTI: NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 390); AUTORITA' INTERVENUTA

La lesione ha provocato la morte? SI NO
 Quanti giorni si presume che possa durare l'invalidità temporanea di lavoro? SI NO
 Altre persone rimaste lese nel medesimo infornuto? SI NO
 La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'infornuto di cui all'art. 670 P.R. n. 11294/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):
 titolare o legale rappresentante della ditta
 infornuto o superstiti

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

COMPILARE CON I DATI DEL LUOGO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO
 RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA
 Comune Provincia
 Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infornuto contraddistinta dal numero sopradichiarato.
 Timbro dell'Ufficio
 DATA DATA FIRMARE FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (Indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

IL DATORE DI LAVORO:

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

SEDE INAIL COMPETENTE

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)

(4)

(5) Professione o mestiere

A = Dipendente
B = Autonomo senza dipendenti
C = Autonomo con dipendente
D = Coadiuvante familiare
E = Socio
F = Parasubordinato
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno
2 = Indeterminato a tempo parziale
3 = Determinato a tempo pieno
4 = Determinato a tempo parziale
5 = Stagionale
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.

AGRICOLTURA

01 = Dirigente
02 = Direttivo-quadro
03 = Impiegato o intermedio
04 = Operaio specializzato
05 = Operaio comune
06 = Sovraincidente
07 = Lavoratore a domicilio
08 = Viaggiatore - piazzista
09 = Medico radiologo
10 = Detenuto
11 = Ricoverato in casa di cura
12 = Religioso/a
13 = Artigiano
14 = Esercente attività commerciale
15 = Apprendista artigiano
16 = Apprendista non artigiano
17 = Tirocinante
18 = Contratto formazione lavoro
19 = Borsista
20 = Stagista
21 = Piano inserimento professionale
22 = Allievo corsi qualificazione
23 = Istruttore corsi qualificazione
24 = Studente
25 = Sportivo professionista
26 = Addetto a lavoro socialmente utile
99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super
02 = Operaio specializzato
03 = Operaio qualificato
04 = Operaio comune
05 = Proprietario non coltivatore diretto
06 = Proprietario coltivatore diretto
07 = Mezzadro
08 = Affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola
10 = Socio cooperativa agricola
11 = Compartecipante non dipendente
12 = Moglie/figli del proprietario
13 = Parenti vari del proprietario
14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
15 = Parenti vari del coltivatore diretto
16 = Moglie/figli del mezzadro
17 = Parenti vari del mezzadro
18 = Moglie/figli dell'affittuario
19 = Parenti vari dell'affittuario
20 = Moglie/figli del compartecipante
21 = Parenti vari del compartecipante
22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4
--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

SEZIONE 1 - LAVORATORE

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____

GG MM AAAA Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile _____ (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Codice ASL _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____

Professione o Mestiere (5) _____ Qualifica (6) _____

Tipologia di lavoro _____ (3) (4)

Contratto collettivo naz. _____ Data assunzione: GG - MM - AAAA _____

PERSONE A CARICO _____ PARENTE DEL D.L. _____ Registro inf. n. _____

SI NO SI NO

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale _____ C/C _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Codice Ditta _____ C/C _____ Codice Fiscale _____

AZIENDA AGRICOLA _____ Amministrazione statale _____ Codice ministero _____

SI NO

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____ Località dei lavori _____

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) _____ Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta _____

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni
 LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria _____ Ore Sett. A _____ Giornaliera _____ Mensile-mensilizzata _____ Convenzionale _____ Artigiana _____

Indicare l'importo _____ B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi _____ c _____ Ore Sett. p _____ GG MM AAAA _____ GG MM AAAA _____

dal _____ al _____

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario _____ E

Importo: festività cadenti di domenica _____ F

Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio _____ G

Importo: diaria trasferta _____ H

Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. _____ I

Importo: festi. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. _____ L

Tredicesima mensilità _____ in % _____ M _____ oppure _____

Importo _____ N _____

Premio di produzione _____ in % _____ O _____ oppure _____

Importo _____ R _____

Altre mensilità aggiuntive _____ in % _____ S _____ oppure _____

Importo _____ T _____

Ferie (comprensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie) _____ P _____

Accantonamento cassa edile _____ in % _____ U _____

Totale generale _____

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:
 A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio Al lavoratore presso la sede dell'impresa Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/85)

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov.

Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

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)

[Empty text box for description of the accident]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sottoterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[Empty text box for location of the accident]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[Empty text box for type of work]

Era il suo lavoro consueto? SI saltuariamente SI NO

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)

[Empty text box for what the worker was doing]

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)

[Empty text box for unexpected event]

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

[Empty text box for consequences]

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

Il datore di lavoro era presente? SI NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO

Se ha risposto no, perché?

[Empty text box for reasons]

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

[Empty text box for witnesses]

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 (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[Empty text box for vehicle and insurance information]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

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

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

VEDI CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO

VEDI CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO

N.B.

I DATI MANCANTI VERRANNO COMUNICATI APPENA L'AZIENDA NE SARA' IN POSSESSO.

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

--	--	--	--	--	--	--	--

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

--	--	--	--	--	--	--	--

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero)

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6) Tipologia di lavoro (3) (4)

Contratto collettivo naz. Data assunzione: GG - MM - AAAA

PERSONE A CARICO SI NO PARENTE DEL D.L. SI NO Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta C/C Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA SI NO Amministrazione statale Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

N.B.

I DATI MANCANTI VERRANNO COMUNICATI APPENA L'AZIENDA NE SARA' IN POSSESSO.



4P42

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG / MM / AAAA / Ora / Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? SI NO / Durante il turno di notte? SI NO / Comune di _____ / Prov. _____

Cap _____ / Codice ISTAT Comune _____ / Codice ASL _____ / L'fortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO / GG / MM / AAAA / Ora _____

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG / MM / AAAA / Ha ricevuto il primo certificato medico il GG / MM / AAAA

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, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

_____ Era il suo lavoro consueto? SI saltuariamente SI NO

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)

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 _____

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 (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

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 Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro dell'Ufficio

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO