ESEMPIO: COME COMPILARE LA DENUNCIA DI INFORTUNIO DA PRESENTARE AL'INAIL.

INAIL 4P41 Mod. 4 - Prest.

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di DOVE HA LUOGO LA SEDE DELL'IMPRESA

DENUNCIA D'INFORTUNIO

COMPILARE CON I DATI DEL'INFORTUNATO:

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome X — Nome X

Codice Fiscale X — Nato a X

GG / MM / AAAA — Stato di nascita X — Cittadinanza X — Sesso X (1) — Stato civile X (2) → VEDI NOTE

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

Comune X — Prov. X — Cap X

Codice ISTAT Comune — Codice ASL — Telefono (Prefisso/Numero) — VEDI NOTE — Tipologia di lavoro X (3) X (4)

Professione o Mestiere (5) VEDI NOTE — Qualifica (6) X → VEDI NOTE

Contratto collettivo naz. — Data assunzione: GG - MM - AAAA X — PERSONE A CARICO SI NO — PARENTE DEL D.L. SI NO — Registro inf. n. X → INDICARE 1° NUMERO DISPONIBILE DEL REGISTRO INFORTUNI

COMPILARE CON I DATI DEL DATORE DI LAVORO:

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

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

Codice Ditta → COME DA BUSTA PAGA — C/C — Codice Fiscale X

AZIENDA AGRICOLA SI X NO — Amministrazione statale — Codice ministero

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

Comune X — Prov. X — Cap X

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

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO COMUNICATI SUCCESSIVAMENTE (QUINDI NON SONO DA INDICARE)

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 — Indicarne 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

Importo C — Ore Sett. D — dal GG / MM / AAAA — al GG / MM / AAAA

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: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L

Elementi aggiuntivi a base annua:

Tredicesima mensilità — In % M — oppure Importo N — In % — oppure Giorni P

Premio di produzione — In % O — oppure Importo R — Ferie (comprensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie) — In % Q

Altre mensilità aggiuntive — In % S — oppure Importo T — Accantonamento cassa edile — In % U

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) — Totale generale

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. 1124/65) ☐

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

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

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

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

COMPILARE CON LA DINAMICA DEL'INFORTUNIO

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) X

COMPILARE CON IL LUOGO ESATTO DEL'INFORTUNIO

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) X

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 ☐ — SI abitualmente ☐ — 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

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?

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

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) X VEDI CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO

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

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

INAIL — Mod. 4 - Prest.

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 DOVE HA LUOGO LA SEDE DELL' IMPRESA

COMPILARE CON I DATI DELL'INFORTUNATO:

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome X — Nome X

Codice Fiscale X — Nato a X

GG X / MM / AAAA — Stato di nascita X — Cittadinanza X — Sesso X (1) — Stato civile X (2) → VEDI NOTE

Indirizzo (via, piazza, ecc.) X — N. civico X /

Comune X — Prov. X — Cap X

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

VEDI NOTE

Professione o Mestiere (5) VEDI NOTE — Tipologia di lavoro X (3) X (4)

Qualifica (6) X → VEDI NOTE

Contratto collettivo naz. — Data assunzione: GG - MM - AAAA X / / — PERSONE A CARICO SI NO — PARENTE DEL D.L. SI NO — Registro Inf. n. X

COMPILARE CON I DATI DEL DATORE DI LAVORO:

INDICARE 1° NUMERO DISPONIBILE DEL REGISTRO INFORTUNI

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

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

Codice Ditta → COME DA BUSTA PAGA — Codice Fiscale X

AZIENDA AGRICOLA SI X NO — Amministrazione statale — Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.) X — N. civico X /

Comune X — Prov. X — Cap X

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

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

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

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

COMPILARE CON LA DINAMICA DELL' INFORTUNIO

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) X

COMPILARE CON IL LUOGO ESATTO DELL' INFORTUNIO

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) X

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 — SI saltuariamente — 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, aravа 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

X La lesione ha provocato la morte? SI NO — X sembra poterla provocare? SI NO — sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? SI NO

X 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: ..... → SI EVINCE DAL CERTIFICATO MEDICO

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): .....

X - titolare o legale rappresentante della ditta .....

X - 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 ..... X FIRMA .....

COMPILARE CON I DATI DEL LUOGO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO

X RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

X Comune ..... X Provincia .....

Timbro dell'Ufficio

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 .....

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.

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

AGRICOLTURA

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
11 = Compartecipante non dipendente	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, oliveti, 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 |

INAIL

4P41

Mod. 4 - Prest.

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

GG / MM / AAAA

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso (1)

Stato civile (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Prov.

Cap

Codice ISTAT Comune

Codice ASL

Telefono (Prefisso/Numero)

Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5)

Qualifica (6)

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

SEZIONE 3 - 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: (8) vedi istruzioni

Oraria — Ore Sett. A — Giornaliera — Mensile-mensilizzata — Convenzionale — Artigiana — Indicarne 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. D — dal GG / MM / AAAA — al GG / MM / AAAA

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: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L

Elementi aggiuntivi a base annua

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): in % — oppure O — Giorni P

Accantonamento cassa edile — in % U

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)

Totale generale

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. 1124/65) ☐

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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 ☐ SI saltuariamente ☐ 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

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?

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

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

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

VEDI CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO

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

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 .....

INAIL

4P41

Mod. 4 - Prest.

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

GG / MM / AAAA

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso (1)

Stato civile (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico /

Comune

Prov.

Cap

Codice ISTAT Comune

Codice ASL

Telefono (Prefisso/Numero) /

Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5)

Qualifica (6)

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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)

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 — SI saltuariamente — 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'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune ..... Provincia .....

Timbro dell'Ufficio

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 .....