

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)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

/ /

Alla Sede INAIL *

AUTORITA' DI P. S.

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

Timbro dell'Ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro *

ha presentato all'Autorità di Pubblica Sicurezza

del Comune *

Prov. *

la Denuncia/Comunicazione di Infortunio contraddistinta dal numero:

Luogo

Data (GG/MM/AAAA)

/ /

Firma

SEZIONE LAVORATORE

Cognome * Nome *

Codice Fiscale * Stato di nascita * Cittadinanza * Sesso * Stato civile (1) *

Comune di nascita * Prov. * Data di nascita (GG/MM/AAAA) * Data decesso (GG/MM/AAAA)

_____ / _____ / _____

Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione * Comune * Prov. * CAP * ISTAT * ASL

Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione * Comune * Prov. * CAP * ISTAT * ASL

Da compilare 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.

Prefisso Internazionale * Telefono abitazione * Prefisso Internazionale * Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL * Indirizzo PEC

Studente (2)
SI NO

Parente del datore di lavoro
SI NO

Persone a carico
SI NO

Tutela INPS in caso di malattia comune
SI NO

Tipologia di lavoratore (3)

Tipologia di contratto (4)

* Tipologia di part-time: Orizzontale Verticale Misto Percentuale di part-time _____, _____%
Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento *
Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) *

/ /

Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)

/ /

→ SOLO SE A TERMINE

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) *

CCNL - Categoria CNEL (6)

Qualifica assicurativa (7) * VEDI ISTAT. ALLEGATE

Voce Professionale ISTAT (8) * OVEVERO MANIOME

↓

No

No

↓

↓

↓

SEZIONE DATORE DI LAVORO

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE

Codice Fiscale * _____ Cognome e nome o ragione sociale * _____

Codice Ditta _____ Posizione Assicurativa Territoriale _____ Settore attività (8) _____

Tipo polizza (9) _____ Voce di tariffa (10) _____

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice Fiscale _____ Denominazione Amministrazione _____

Cod. Amm.ne _____ Descrizione Amministrazione _____ Cod. Ministero _____ Descrizione Ministero _____

AGRICOLTURA

Codice Fiscale _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Matricola INPS/Codice CIDA _____

SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI *PER DATOM DI LAVORO DOMESTICI*

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Codice INPS _____

LAVORO OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico) *

Nazione * _____ Comune * _____ Prov. * _____ CAP * _____ ISTAT _____ ASL _____

Prefisso internazionale _____ Telefono _____ Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC * _____

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore * _____ Numero Registro Infortuni Aziendale * _____

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico) * _____

Nazione * _____ Comune * _____ Prov. * _____ CAP * _____ ISTAT _____ ASL _____

Prefisso internazionale _____ Telefono _____ Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** (provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio) (via, piazza ecc... e numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ ISTAT _____

Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore _____

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11) _____

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:

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)

accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN _____

LD DA COMPILARE SOLO SE L'AZIENDA ANTICIPA AL LAVORATORE L'INFORTUNIO IN BUSTA PAGA

Codice IBAN _____

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento *

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) *

Nazione * Comune * Prov. * CAP * ISTAT * ASL *

Infortunio in itinere Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

SI NO SI NO

Presso altra azienda SI NO Codice Fiscale altra azienda * Denominazione/Ragione sociale altra azienda *

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA) * GG / MM / AAAA Giorno festivo * SI NO Alle ore (HH/MM) * HH : MM Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) * Durante il turno di notte * SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) * SI NO Alle ore (HH/MM) * HH : MM Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) *

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? *

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

<p>PRIMO CERTIFICATO MEDICO</p> <p>Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico GG / MM / AAAA</p> <p>Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/></p> <p>Periodo di prognosi</p> <p>Data dal (GG/MM/AAAA) * Data al (GG/MM/AAAA) *</p>	<p>CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO</p> <p>Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo GG / MM / AAAA</p> <p>Periodo di prognosi</p> <p>Data dal (GG/MM/AAAA) Data al (GG/MM/AAAA)</p>
--	---

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio? * **DESCRIZIONE DELLA DINAMICA**

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio? *

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio? * 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 al lavoratore? * Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (14) * Sede della lesione (15) *

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

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 DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

SEZIONE
NON OBBLIGATORIA ↓

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

SEZIONE TESTIMONI

PRIMO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT

SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT

SEZIONE NON OBBLIGATORIA ↓

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

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
---------------	--	--

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
---------------	--	--

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso Internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

SEZIONE NON OBBLIGATORIA ↓

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

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

Importo lavoro straordinario , Importo festività cadenti di domenica , Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,
 Importo diaria - trasferta , Importo indennità/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 , Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % oppure giorni
 Premio di produzione in % oppure Importo ,
 Altre mensilità aggiuntive in % oppure Importo , Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... in %

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria: Importo ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
 Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

Generalità e recapito

1) Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

Generalità e recapito

2) Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: Lavoro flessibile Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc...)

Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore:

Retribuzione annua tabellare (16) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria Importo: ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore:

Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore:

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19) N. ore:

Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo: ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
 Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/Incaricato del Datore di lavoro Mandatario del Datore di lavoro

Cognome * Nome *

Codice Fiscale * Nato a * II (GG/MM/AAAA)

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) *

Nazione * Comune * Prov. * CAP * ISTAT

Prefisso estero Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi 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 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, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;

di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), 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 Denuncia/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 Denuncia/Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. :

NOTE

NOTE

DATA / / * TIMBRO E FIRMA *

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

⤴ Meglio il CERTIFICATO MEDICO