INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 4 bis - Prest.

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

Prefisso internazionale Telefono abitazione Prefisso internazionale Telefono Cellulare

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.

Studente 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 (2)

Tipologia di contratto (3) Data assunzione (GG/MM/AAAA) / / Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) / /

CCNL - Settore lavorativo CNEL (4) CCNL - Categoria CNEL (5)

Qualifica assicurativa (6)

Voce Professionale ISTAT (7)

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**

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

Codice IBAN

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

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

Nazione | Comune | Prov. | CAP | ISTAT | ASL

Infortunio in itinere SI NO | Incidente con mezzo di trasporto SI NO | Incidente stradale | Incidente ferroviario | Incidente aereo | Incidente navale | Altro

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) | Giorno festivo SI NO | Alle ore (HH/MM) | Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) | Durante il turno di notte SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro SI NO (GG/MM/AAAA) | Alle ore (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

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

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

Prognosi riservata | Malattia infortunio (12)

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)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

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 (13) | Sede della lesione (14)

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 TESTIMONI

INDICARE EVENTUALI 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 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:

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 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

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 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:

	in %	oppure	Importo
Tredicesima mensilità	,	oppure	,
Premio di produzione	,	oppure	,
Altre mensilità aggiuntive	,	oppure	,

Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie: in % , oppure giorni

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

DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

DATORE DI LAVORO CHE EFFETTUA LA DENUNCIA — Durata normale della settimana di lavoro (n. ore) — Retribuzione convenzionale oraria ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
		,			,
		,			,

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

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

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro ☐ Mandatario del Datore di lavoro ☐

Cognome | Nome

Codice Fiscale | Nato a | Il (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 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. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / / **TIMBRO E FIRMA**

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 4 bis - Prest.

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) * VEDI ISTAT. ALLEGATE CCNL - Categoria CNEL (6)

Qualifica assicurativa (7) * VEDI ISTAT. ALLEGATE

Voce Professionale ISTAT (8) * OPERAIO MANSIONE

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 (9)

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

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

Codice IBAN

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento *

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

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

Infortunio in itinere SI [ ] NO [ ] | Incidente con mezzo di trasporto SI [ ] NO [ ] | Incidente stradale [ ] | Incidente ferroviario [ ] | Incidente aereo [ ] | Incidente navale [ ] | Altro [ ]

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

In regime di appalto, subappalto o altra forme di lavoro per conto di terzi SI [ ] NO [ ]

Data evento (GG/MM/AAAA) * | Giorno festivo * SI [ ] NO [ ] | Alle ore (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) * | 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

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

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

Prognosi riservate [ ] | Malattia infortunio (13) [ ]

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) [ ] / [ ] / [ ]

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 TESTIMONI

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: SEZIONE NON OBBLIGATORIA ↓

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 VEICOLI A MOTORE

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:

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 ↓

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 [ ]

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 [ ] , [ ]

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 % [ ] , [ ]

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI 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:

1) Generalità e recapito [ ] [ ] — Durata normale della settimana di lavoro: N. ore [ ] — Retribuzione convenzionale oraria [ ] , [ ]

2) Generalità e recapito [ ] [ ] — 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 previsto 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) [ ] [ ]

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

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

IL SOTTOSCRITTO

[X] Datore di lavoro [ ] Delegato/incaricato del Datore di lavoro [ ] Mandatario del Datore di lavoro

Cognome * | Nome *

Codice Fiscale * | Nato a * | Il (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. 8 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

DATA / / *

TIMBRO E FIRMA *

Allegare il CERTIFICATO MEDICO

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO CARTACEO DI DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

La denuncia/comunicazione di infortunio è l'adempimento al quale è tenuto il datore di lavoro nei confronti dell'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati soggetti all'obbligo assicurativo, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. L'invio della denuncia/comunicazione consente, per gli infortuni con la predetta prognosi, di assolvere contemporaneamente sia all'obbligo previsto a fini assicurativi dall'art. 53, d.p.r. n. 1124/1965, che all'obbligo previsto a fini statistico/informativi dall'art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. n. 81/2008 a far data dall'entrata in vigore della relativa normativa di attuazione.

A decorrere dal 1° luglio 2013 la denuncia/comunicazione di infortunio deve essere trasmessa all'Inail esclusivamente in via telematica.

Il presente modulo sostituisce tutti quelli in uso per la denuncia degli infortuni all'Inail ed è scaricabile dal sito www.inail.it – Assicurazione – Modulistica – Download dei modelli.

SEDE INAIL COMPETENTE

La sede competente a trattare il caso di infortunio è quella nel cui territorio l'infortunato ha stabilito il proprio domicilio (circolare Inail n. 54 del 24/08/2004).

OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

Per gli infortuni occorsi alla generalità dei lavoratori dipendenti o assimilati, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro due giorni dalla ricezione del certificato medico.

Il datore di lavoro è tenuto ad allegare copia del certificato medico qualora provveda alla denuncia/comunicazione di infortunio tramite compilazione del modulo cartaceo.

Se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia/comunicazione entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato medico.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità di legge (art.53, c. 1 e 2, d.p.r. n.1124/1965).

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori del settore artigianato, deve provvedere all'inoltro il titolare o uno dei titolari dell'azienda artigiana (art. 203, c. 1, d.p.r. n.1124/1965).

Nei casi di infortunio occorsi al titolare o a uno dei titolari dell'azienda artigiana, ove questi si trovino nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio del certificato medico da parte di uno dei predetti soggetti o del medico curante entro i previsti termini, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori autonomi del settore agricoltura, provvede il lavoratore autonomo sia per sé che per gli appartenenti al nucleo familiare costituenti la forza lavoro (art. 25, d.lgs. n. 38/2000 e art. 1, comma 7, d. m. 29/5/2001). Ove questi si trovi nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio del certificato medico da parte di tale lavoratore o del medico curante entro i previsti termini, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inviare una copia della denuncia/comunicazione di infortunio all'Autorità locale di Pubblica Sicurezza (art. 54, d.p.r. n.1124/1965).

OBBLIGHI DEL LAVORATORE

Il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia al datore di lavoro di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità (art. 52, d.p.r. n.1124/1965); non ottemperando a tale obbligo e nel caso in cui il datore di lavoro non abbia comunque provveduto all'inoltro della denuncia/comunicazione nei termini di legge, l'infortunato perde il diritto all'indennità di temporanea per i giorni ad esso antecedenti.

SANZIONI

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 (art. 16, legge n. 251/1982).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 53, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Se l'infortunio è occorso ad un lavoratore autonomo del settore artigianato (art. 203, c. 1 e 2, d.p.r. n. 1124/1965) e del settore agricoltura (artt. 1, c. 8, e 2, d. m. 29/05/2001) non è prevista alcuna sanzione amministrativa, ferma restando la perdita del diritto all'indennità di temporanea per i giorni antecedenti l'inoltro della denuncia.

LEGENDA NOTE:

(1) STATO CIVILE
CELIBE/NUBILE
CONIUGATO/A
DIVORZIATO/A
SEPARATO/A
VEDOVO/A

(2) STUDENTE
L'opzione *SI* per il campo *Studente* deve essere selezionata esclusivamente in caso di eventi occorsi a studenti e alunni delle scuole statali di ogni ordine e grado assicurati in Gestione per Conto dello Stato (GCS) e studenti delle scuole private e parificate assicurati in regime ordinario di assicurazione (IASPA). Per gli eventi occorsi agli allievi dei corsi di formazione professionale, è necessario, invece, indicare nel campo *Tipologia di lavoratore* l'opzione ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE e l'opzione NO per il campo Studente.

(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
APPRENDISTA
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUTONOMO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE
LAVORATORE A DOMICILIO
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO (SOLO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE CON CONTRATTO DI INSERIMENTO LAVORATIVO
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE DETENUTO ADDETTO AI LAVORI
LAVORATORE DOMESTICO
LAVORATORE INTERINALE (O A SCOPO DI SOMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE INTERMITTENTE
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE PER SOSTITUZIONE
LAVORATORE RICOVERATO IN CASE DI CURA,OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE
LAVORATORE SOCIALMENTE UTILE (LSU - ASU)
PARASUBORDINATO A PROGETTO/ COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA
PARASUBORDINATO OCCASIONALE
SOCIO
TIROCINANTE
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014
(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
PARASUBORDINATO
SOCIO

(4) TIPOLOGIA DI CONTRATTO
INDETERMINATO A TEMPO PIENO
DETERMINATO A TEMPO PIENO
INDETERMINATO A TEMPO PARZIALE
DETERMINATO A TEMPO PARZIALE
INDETERMINATO
DETERMINATO

(5) CCNL - SETTORE LAVORATIVO CNEL
AGRICOLTURA
ALIMENTARISTI - AGROINDUSTRIALE
ALTRI VARI
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA
AZIENDE DI SERVIZI
CHIMICI
COMMERCIO
CREDITO ASSICURAZIONI
EDILIZIA
ENTI E ISTITUZIONI PRIVATE
MECCANICI
POLIGRAFICI E SPETTACOLO
TESSILI
TRASPORTI

(6) CCNL - CATEGORIA CNEL
Tutti i valori presenti nella tabella CATEGORIA di: Archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro CNEL

(7) QUALIFICA ASSICURATIVA INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
ADDETTO A LAVORAZIONI MECCANICO - AGRICOLE
ADDETTO AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI
APPRENDISTA ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
APPRENDISTA NON ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUSILIARIO
BORSE DI LAVORO
CONIUGE, FIGLI, PARENTI E ASSIMILATI DEL DATORE DI LAVORO (art. 4, n. 6, d.p.r. 1124/65)
DETENUTO ADDETTO A LAVORI (art. 4, n. 9, d.p.r. 1124/65)
DIPENDENTE AVVENTIZIO O OCCASIONALE DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 1° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 2° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 3° CATEGORIA
DIRIGENTE (art. 4, d.lgs. 38/00)
IMPIEGATO
INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE;ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE (art. 4, n. 5, d.p.r. 1124/65)
INTERMEDIO
LAVORATORE A DOMICILIO (art. 4, d.p.r. 1124/65)
LAVORATORE ADDETTO A LAVORO SOCIALMENTE UTILE
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE INTERINALE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE SOSPESO IN CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI
MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
OPERAIO
PARASUBORDINATO (art. 5, d.lgs. 38/00)
PARTECIPANTE AD IMPRESA FAMILIARE
PESCATORE DELLA PICCOLA PESCA MARITTIMA E DELLE ACQUE INTERNE
PIANO DI INSERIMENTO PROFESSIONALE
QUADRO
RELIGIOSO - SUORA (art. 4, d.p.r. 1124/65)
RICOVERATO IN CASE DI CURA,OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE (art. 4, n. 8, d.p.r. 1124/65)
SOCIO DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI (es. facchini trasportatori di persone e di merci ecc...)
SOCIO DI COPERATIVA E DI ALTRO TIPO DI SOCIETA' ANCHE DI FATTO (art. 4, n. 7, d.p.r. 1124/65)
SOCIO LAVORATORE (es. facchini, trasporto di persone e di merci)
SOVRAINTENDENTE (art. 4, n. 2, d.p.r. 1124/65)
SPORTIVO PROFESSIONISTA (art. 6, d.lgs. 38/00)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA CON DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA SENZA DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI FRANTOIO
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014

(7) QUALIFICA ASSICURATIVA AGRICOLTURA
AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
BRACCIANTE AGRICOLO O GIORNALIERO DI CAMPAGNA (OTD)
COMPARTECIPANTE INDIVIDUALE O FAMILIARE
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DEL MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DELL'AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DI PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
OPERAIO COMUNE
OPERAIO QUALIFICATO
OPERAIO QUALIFICATO SUPER
OPERAIO SPECIALIZZATO
OPERAIO SPECIALIZZATO SUPER
PICCOLO COLTIVATORE DIRETTO/PICCOLO COLONO
PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
SOCIO DI COOPERATIVA AGRICOLA
SOVRASTANTE DI AZIENDA AGRICOLA (art. 205 lettera c D.P.R. 1124/65)

(8) VOCE PROFESSIONALE ISTAT
Tutti i valori presenti ne IL NAVIGATORE DELLE PROFESSIONI da: CP2011 ISTAT

(9) SETTORE ATTIVITA'
ALTRI
ARTIGIANATO
INDUSTRIA
SPECIALE
TERZIARIO

(10) TIPO POLIZZA
APPARECCHI RX
AUTONOMI ARTIGIANI
DIPENDENTI
FACCHINI
FRANTOI
INTERINALE
IPPOTRASPORTATORI
PESCATORI
PROVE D'ARTE E TCP
SCUOLE
SOSTANZE RADIOATTIVE

(11) TARIFFA DEI PREMI D.M. 12/12/2000
Disponibile per la consultazione da: D.M. 12/12/2000

(12) LAVORAZIONE SVOLTA DALL'AZIENDA AGRICOLA
ATTIVITA' DIVERSE DI BONIFICA
ALTRE LAVORAZIONI PRIMA DELLA RACCOLTA
ATTIVITA' DI SILVICOLTURA
COLTIVAZIONI SPECIALI
LAVORAZIONI AUSILIARIE
LAVORAZIONI SUCCESSIVE ALLA SEMINA
PREPARAZIONE TERRENO
PRODUZIONE ED ALLEVAMENTO DI ANIMALI
PROPAGAZIONE PIANTE
RACCOLTA E TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI

(13) MALATTIA INFORTUNIO

Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni.

La caratteristica principale di questo tipo di patologie è che, dal punto di vista assicurativo, esse vengono giuridicamente qualificate come infortuni sul lavoro in quanto la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta.

La tutela assicurativa delle patologie in questione come infortuni sul lavoro consente all'INAIL di erogare le prestazioni di legge già nella fase del contagio, se noto, che determini, anche per motivi profilattici, l'astensione temporanea dal lavoro.

Tuttavia, se l'episodio che ha determinato il contagio non sia percepito o non possa essere provato dal lavoratore, si può presumere che lo stesso si sia verificato in considerazione delle mansioni e di ogni altro indizio che deponga in tal senso.

Ciò premesso, si specifica che, nell'ipotesi in cui la malattia infortunio determini astensione dal lavoro per un periodo superiore a tre giorni oltre quello dell'evento, il datore di lavoro dovrà effettuare, come per tutti gli altri casi di infortunio, la denuncia all'Istituto assicuratore.

Nell'ipotesi in cui, invece, non vi sia astensione dal lavoro o questa sia inferiore al periodo sopra indicato, pur non ricorrendo l'obbligo di inoltrare la denuncia a fini assicurativi all'Istituto, sarà opportuno che il datore di lavoro provveda comunque a tale adempimento al fine di consentire all'Istituto di ottenere tutte le informazioni necessarie all'erogazione tempestiva delle prestazioni previste per tali fattispecie (profilassi, eventuali vaccinazioni).

Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opterà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.

ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:

- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (es. Cass. 13.03.1992, n.3090);

- echinococcosi da cui possono essere contagiati i lavoratori a contatto con pelli fresche ad esempio nelle attività di macellazione (es. Trib. Firenze, sent. 21.09.1994);

- tetano, al quale sono esposti in modo particolare i lavoratori che debbono maneggiare arnesi in ferro o che abbiano contatti con il letame;

- brucellosi alla quale sono esposti in modo particolare i lavoratori addetti alla mungitura degli ovini e dei bovini.

(14) NATURA DELLA LESIONE
CONTUSIONE
CORPI ESTRANEI
FERITA
FRATTURA
LESIONI DA AGENTI INFETTIVI E PARASSITARI
LESIONI DA ALTRI AGENTI
LESIONI DA SFORZO
LUSSAZIONE, DISTORSIONE, DISTRAZIONE
PERDITA ANATOMICA

(15) SEDE DELLA LESIONE
SEDE DELLA LESIONE
CRANIO
ENCEFALO
NASO
BOCCA
FACCIA
COLLO
CUORE AD ORGANI MEDIASTINO
FEGATO
MILZA
STOMACO ED ORGANI INTESTINALI
ORGANI URIGENITALI
PERETE ADDOMINALE
COLONNA VERTEBRALE/CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/SACRO E COCCIGE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO SACRO COCCIGE
OCCHI SINISTRO
OCCHIO DESTRO
ORECCHIO SINISTRO
ORECCHIO DESTRO
CINGOLO TORACICO SINISTRO
CINGOLO TORACICO DESTRO
POLMONE SINISTRO
POLMONE DESTRO
PARETE TORACICA SINISTRA
PARETE TORACICA DESTRA

BRACCIO SINISTRO
GOMITO DESTO
AVAMBRACCIO SINISTRO
AVAMBRACCIO DESTRO
POLSO SINISTRO
POLSO DESTRO
MANO SINISTRA
MANO DESTRA
POLLICE SINISTRO
POLLICE DESTRO
INDICE SINISTRO
INDICE DESTRO
MEDIO SINISTRO
MEDIO DESTRO
ANULARE SINISTRO
ANULARE DESTRO
MIGNOLO SINISTRO
MIGNOLO DESTRO
CINGOLO PELVICO SINISTRO
CINGOLO PELVICO DESTRO
COSCIA SINISTRA
COSCIA DESTRA
GINOCCHIO SINISTRO
GINOCCHIO DESTRO
GAMBA SINISTRA
GAMBA DESTRA
CAVIGLIA SINISTRA
CAVIGLIA DESTRA
PIEDE SINISTRO
PIEDE DESTRO
ALLUCE SINISTRO
ALLUCE DESTRO
ALTRE DITA

DATI RETRIBUTIVI PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME)
(16) Paga base o minimo tabellare, comprensivi delle mensilità aggiuntive e con l'esclusione di ogni altro istituto economico di natura contrattuale (es. contingenza, scatti di anzianità, eventuali ulteriori emolumenti stabiliti dalla contrattazione di qualsiasi livello, ecc...). **(17)** Le ore da retribuire devono comprendere sia quelle di effettiva presenza, che quelle di assenza retribuite in forza di legge o di contratto (es. assenze per ferie, festività riconosciute, permessi retribuiti, astensione obbligatoria per maternità, ecc...), entro il limite massimo di venticinque giorni lavorativi mensili, escludendo quelle di lavoro supplementare e straordinario. **(18)** Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario di lavoro concordato nel contratto individuale, ma entro il limite del tempo pieno. La normativa disciplina espressamente la possibilità di ricorrere al lavoro supplementare in ipotesi di part-time orizzontale; tale previsione non ne esclude, comunque, l'applicabilità anche al part-time verticale o misto a condizione che la prestazione complessiva pattuita resti inferiore all'orario settimanale previsto per i lavoratori a tempo pieno. **(19)** Qualora il contratto collettivo applicato al rapporto di lavoro non contenga una specifica disciplina del lavoro supplementare, il datore di lavoro può richiedere al lavoratore lo svolgimento di tale prestazione in misura non superiore al quindici per cento delle ore di lavoro settimanali concordate. **(20)** Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario settimanale previsto per il tempo pieno. Il lavoro straordinario è consentito solo in ipotesi di part-time verticale o misto, purché effettuato nelle stesse giornate lavorative concordate.