

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

INAIL Mod. 4 - Prost.
4P42

Caso N. - Riservato all'INAIL
Data di spedizione - Riservato all'INAIL
TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

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

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Nome cognome: _____
 Codice Fiscale: _____
 GG / MM / AAAA
 Stato di nascita: _____
 GG / MM / AAAA
 Indirizzo (via, piazza, ecc.): _____
 N. civico: _____
 Comune: _____
 Codice ISTAT Comune: _____
 Telefono (Prefisso/Numero): _____
 Professione o mestiere (VEDI NOTE): _____
 Qualifica (VEDI NOTE): _____
 Contratto collettivo naz.: _____
 Data assunzione: GG / MM / AAAA

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

COMPILARE CON I DATI DEL DATORE DI LAVORO:

Indirizzo (via, piazza, ecc.): _____
 N. civico: _____
 Comune: _____
 Codice ISTAT Comune: _____
 Telefono (Prefisso/Numero): _____
 Località dei lavori: _____
 Registro e confire in cui la lavorazione è stata svolta: _____

SEZIONE 3 - DATORE DI LAVORO

COMPILARE CON I DATI DEL DATORE DI LAVORO:

Indirizzo (via, piazza, ecc.): _____
 N. civico: _____
 Comune: _____
 Codice ISTAT Comune: _____
 Località dei lavori: _____
 Registro e confire in cui la lavorazione è stata svolta: _____

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG / MM / AAAA
 Comune di: _____
 Via: _____
 N. civico: _____
 Codice ISTAT Comune: _____
 GG / MM / AAAA
 Il datore di lavoro ha: _____
 espulso dal lavoro: _____

COMPILARE CON LA DINAMICA DEU' INFORTUNIO

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

COMPILARE CON IL LUOGO ESATTO DEU' INFORTUNIO

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (via, nel magazzino, in strada, in officina, sul letto, nel cantiere, su una barca, nella scala, nel campo, nel bosco)

Chi tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manipolazione, costruzione, pulizia, consultazione mezzo di trasporto, balneazione del ferendo, altro) _____

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevare una cassa, salire lo scala, usare il martello, avviare il campo) _____

Chi 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, colpito da un insetto) _____

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 CONVOLTI: NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGI 24.12.69, N. 980); AUTORITA' INTERVENUTA

SEZIONE 5 - CAUSE E RESPONSABILITA'

La lesione ha provocato la morte? SI NO
 Quanti giorni si presume che possa durare l'invalidità temporanea di lavoro? _____
 Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: _____
 La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 670 P.R. n. 11241/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): _____
 Il titolare o legale rappresentante della ditta: _____
 infortunato o superstiti

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

SEZIONE 6 - DENUNCIA ALL'AUTORITA'

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 infortunio contraddistinta dal numero sopradichiarato.
 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, freatore, 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, 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
---	---



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

Form for worker details: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., Data assunzione, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

Form for remuneration data: DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO, LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE, ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO, SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:



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 injury description]

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)

[Empty text box for location]

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

[Empty text box for activity type]

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 activity details]

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 employer presence]

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 accidents]

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
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico
Comune Prov. Cap
Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro
Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)
Contratto collettivo naz. Data assunzione: GG - MM - AAAA PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L. 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 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)? 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'infornio? (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'infornio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, 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, with checkboxes for 'Era il suo lavoro consueto?' (SI/NO) and 'saltuariamente' (SI/NO).

Al momento dell'infornio 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'infornio? (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, with a field for 'Se l'infornio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri'.

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.

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 infornio:

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

- infornato 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 infornio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro dell'Ufficio