



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. reserved to INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date reserved to INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp reserved to INAIL

All'INAIL di

(1) DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form for Section 1 - Worker, including fields for name, fiscal code, birth data, address, profession, and contract type.

(2)

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for Section 2 - Employer, including fields for company name, address, and work location.

(3)

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

Form for Section 3 - Remuneration Data, including fields for various types of payments and their amounts.



4P42

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

(4)

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

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

[Empty text box for description of the accident]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel 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] Era il suo lavoro consueto? SI saltuariamente SI NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

[Empty text box for what the worker was doing]

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

[Empty text box for unexpected event]

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

[Empty text box for consequences] Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Il datore di lavoro era presente? SI NO Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO Se ha risposto no, perché?

[Empty text box for employer presence and truthfulness]

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

[Empty text box for witnesses]

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[Empty text box for vehicle and insurance information]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

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'

(5) DATA

(6) FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

