



4P41

FAC - SIMILE

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

(1) DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form fields for worker information: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, Comune, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL DL, Registro inf. n.

COMPILARE

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form fields for employer information: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Codice Ditta, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Indirizzo, Comune, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

COMPILARE

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

Form fields 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?, ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO, 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

NON COMPILARE



4P42

FAC - SIMILE

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 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 sottoterraneo, 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 illico)

Era il suo lavoro SI NO consueto? saltuariamente

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 24.12.66, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

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'

DATA

FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

COMPILARE