

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

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 consentire una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale

Telefono abitazione

Prefisso internazionale

Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

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 LAVORATORE

☐ **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 Amministrazione Statale

Amministrazione Statale

Codice Fiscale Struttura

Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore

Codice INAIL

☐ **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 del DATORE DI LAVORO (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'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA 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, eventuali 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 opera abitualmente 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)

☐ accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

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

SI

NO

Incidente con mezzo di trasporto

SI

NO

Incidente stradale

☐

Incidente ferroviario

☐

Incidente aereo

☐

Incidente navale

☐

Altro

☐

Codice Fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

Presso altra azienda

SI

NO

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 (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'OBLIGO 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)

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

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

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			GG	MM	AAAA				
			dal		/		/		
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 sopresse 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			
Premio di produzione		in %	oppure	Importo		in %		giorni	
Altre mensilità aggiuntive		in %	oppure	Importo		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	
Altro datore di lavoro		Ore settimanali	Retribuzione oraria		Altro datore di lavoro		Ore settimanali	Retribuzione oraria	

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

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. 5 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