

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail _____

AUTORITÀ 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 di decesso (GG/MM/AAAA)

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)

Nazione

Comune

Prov. Cap

Istat

Asl

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... 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 Email

Indirizzo Pec

Studente (2)

Parente del datore di lavoro

Persone a carico

Tutela Inps in caso di malattia comune

Si No

Si No

Si No

Si No

Tipologia di lavoratore (3)

Tipologia di contratto (4)

Orizzontale

Percentuale di part-time

Articolazione dell'orario di lavoro prevista
per il giorno dell'evento

Tipologia di part-time: Verticale

, %

Dalle ore :

Alle ore :

Misto

Data assunzione (GG/MM/AAAA)

Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5)

CCNL - Categoria CNEL (6)

Qualifica assicurativa (7)

Voce professionale Istat (8)

SEZIONE DATORE DI LAVORO

<input type="checkbox"/> INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE				
Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Codice ditta	Posizione assicurativa territoriale		Settore attività (9)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo polizza (10)	Voce di tariffa (11)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO				
Codice fiscale amministrazione statale	Amministrazione statale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Codice fiscale struttura	Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice Inail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> AGRICOLTURA				
Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale			Matricola Inps/codice CIDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI				
Cognome	Nome			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Codice fiscale	Codice Inps			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)				
Cognome	Nome		Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza, ... numero civico)				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email		Indirizzo Pec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
UNITÀ PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore				
<input type="text"/>				
INDIRIZZO dell'UNITÀ PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email		Indirizzo Pec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo Email	Indirizzo Pec			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore		Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)		
<input type="text"/>				
LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE				
SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:				
<input type="checkbox"/> vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)				
<input type="checkbox"/> accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban <input type="text"/> codice Iban				

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)

Nazione

Comune

Prov. Cap

Istat

Asl

Infortunio in itinere Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

 Si No Si No

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

Alle ore

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) Durante il turno di notte

 Si No

 Si No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)

Alle ore

(GG/MM/AAAA)

 Si No

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il

Il datore di lavoro era presente? Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

 Si No Si No

Se ha risposto no, perchè?

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Numero identificativo certificato

GG/MM/AAAA

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore

Prognosi riservata Malattia infortunio (13)

Periodo di prognosi dal

GG/MM/AAAA

al

GG/MM/AAAA

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Numero identificativo certificato

GG/MM/AAAA

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore

Periodo di prognosi dal

GG/MM/AAAA

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 consueto lavoro? 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, 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'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965):La lesione ha provocato la morte? Si NoSembra poterla provocare? Si NoSembra poter provocare un'inabilità permanente Si No
assoluta o parziale?

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. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:**PRIMO TESTIMONE**

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)	Prefisso internazionale	Telefono		
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

SECONDO TESTIMONE

Cognome	Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... 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 209/2005 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 di residenza (via, piazza, ... numero civico)	Prefisso internazionale	Telefono		
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...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 di residenza (via, piazza, ... numero civico)	Prefisso internazionale	Telefono		
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome	Nome			
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...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: Importo

Oraria Ore settimanali Giornaliera Mensile/ mensilizzata Convenzionale Convenzionale aritigiana Voucher , ,

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 <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività cadenti di domenica <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio <input type="text"/> , <input type="text"/>
Importo diaria - trasferta <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. <input type="text"/> , <input type="text"/>	Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati <input type="text"/> , <input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> in %	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie <input type="text"/> , <input type="text"/> giorni
Premio di produzione <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> in %	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> in %
Altre mensilità aggiuntive <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> in %	Importo <input type="text"/> , <input type="text"/>	Maggiorazione omnicomprensiva <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> in edilizia, agricoltura, ecc.

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: <input type="text"/> N. ore	Retribuzione convenzionale oraria: <input type="text"/> 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:

Generalità e recapito 1) _____	Durata normale della settimana di lavoro: <input type="text"/> N. ore	Retribuzione convenzionale oraria: <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
Generalità e recapito 2) _____	Durata normale della settimana di lavoro: <input type="text"/> N. ore	Retribuzione convenzionale oraria: <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>

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 Lavoro flessibile 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 annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno	N. ore <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto	N. ore <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto	N. ore <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19)	N. ore <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>
Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento	Importo <input type="text"/> , <input type="checkbox"/>

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)

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 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

Il (GG/MM/AAAA)

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

Nazionale

Comune

Prov. Cap

Istat

Prefisso estero

Telefono

Indirizzo Email

Indirizzo Pec

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 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. 6 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**

GG/MM/AAAA

Data

Timbro e firma

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO

CONTINUATIVO

DEFINITIVO

RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome	Nome	Sesso M/F				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Nato a (Comune)	Prov.	GG	MM	AAAA	Nazionalità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domiciliato in (Comune)	Prov.	CAP				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Indirizzo (via, piazza, ecc.)						N. civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
Codice ISTAT	Codice ASL	Codice Fiscale				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Telefono	Cellulare				Assenza Recapiti Telefonici	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	GG	MM	AAAA	in (Comune o Stato Estero)	
L'EVENTO È AVVENUTO IL	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Settore Lavorativo

Agricoltura

Industria

Artigianato

Pubblica Amministrazione

Servizi o Terziario

Altro

Attività lavorativa attuale (mansioni)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il

GG / MM / AAAA

alle ore ,

Data

GG / MM / AAAA

L'assicurato

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

GG / MM / AAAA
dal giorno / /

fino a tutto il

GG / MM / AAAA
 / /

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo

Data di rilascio

GG / MM / AAAA
 / /

Timbro e Firma del Medico