

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

SEZIONE LAVORATORE

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 consentirne 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)

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'OBBLIGO 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			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune		Prov.	CAP	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECONDO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune		Prov.	CAP	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ragione sociale		
<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECONDO VEICOLO		
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ragione sociale		
<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:

Retribuzione oraria/mensile pari a	GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

IL SOTTOSCRITTO

<input type="checkbox"/> Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Delegato/Incaricato del Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Mandatario del Datore di lavoro
Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	Nato a	II (GG/MM/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
<input type="text"/>		
Nazione	Comune	Prov. CAP ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Indirizzo PEC
		<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

DATA TIMBRO E FIRMA