

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 _____

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

AUTORITÀ DI P.S.

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
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Tipologia di lavoratore (3) _____	Tipologia di contratto (4) _____
<input type="checkbox"/> Orizzontale	Percentuale di part-time _____
Tipologia di part-time: <input type="checkbox"/> Verticale	Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
<input type="checkbox"/> Misto	Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

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 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 (9)

Tipo polizza (10) Voce di tariffa (11)

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 ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

Cognome Nome Codice fiscale

INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

UNITÀ PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore
INDIRIZZO dell'UNITÀ PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

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

Indirizzo Email Indirizzo Pec

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)

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:

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)

accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban

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 Sì No Incidente con mezzo di trasporto Sì No Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

Presso altra azienda Sì No Codice fiscale altra azienda Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi Sì No

Data evento (GG/MM/AAAA) Giorno festivo Sì No Alle ore : Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) Durante il turno di notte Sì No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) Sì No Alle ore : Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente? Sì No Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? Sì 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		CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO	
Numero identificativo certificato <input type="text"/>		Numero identificativo certificato <input type="text"/>	
Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/>			
Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>	

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? Sì 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? Sì No Sembra poterla provocare? Sì No

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? Sì 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. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:**PRIMO TESTIMONE**

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza (via, piazza,...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 di residenza (via, piazza, ... 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 209/2005 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 di residenza (via, piazza, ... 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"/>

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Ragione sociale				
<input type="text"/>				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...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 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 di residenza (via, piazza, ... 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"/>

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Ragione sociale				
<input type="text"/>				
Indirizzo di residenza (via, piazza,...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"/>

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/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. , Importo festività soppresse 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 in % , oppure giorni
Premio di produzione in % , oppure Importo , oppure in % ,
Altre mensilità aggiuntive in % , oppure Importo , Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. in % ,

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: N. ore Retribuzione convenzionale oraria: , 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:

1) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,
Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

2) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

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 concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: Lavoro flessibile Lavoro elastico (solo 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

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 ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore

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

Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo ,

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)

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/incaricato del datore di lavoro Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)				
<input type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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