

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' D.I.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

Prefisso internazionale

Telefono abitazione

Prefisso internazionale

Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Da indicare 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.

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

Denominazione Amministrazione

Cod. Amm.ne

Descrizione Amministrazione

Cod. Ministero

Descrizione Ministero

☐ **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 (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'unità produttiva 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, 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 abitualmente opera 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

☐

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

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 % , oppure 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		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 mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / /

TIMBRO E FIRMA