

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 (2) 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 (3) _____ Tipologia di contratto (4) _____
Tipologia di part-time: Orizzontale Verticale Misto Percentuale di part-time _____, _____% Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
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) _____

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"/>	

 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"/>

 AGRICOLTURA

Codice Fiscale	Cognome e nome o ragione sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matricola INPS/Codice CIDA	
<input type="text"/>	

 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"/>

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

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	
<input type="text"/>	

INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)

<input type="text"/>					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL	Indirizzo PEC		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

Numero Registro Infortuni Aziendale

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

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

<input type="text"/>					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL	Indirizzo PEC		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e 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"/>
Indirizzo E-MAIL	Indirizzo PEC			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 12)

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

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:** vaglia postale/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

<input type="text"/>

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, ritieni 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 (13)

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 (14)

Sede della lesione (15)

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 ,

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:
 Retribuzione oraria/mensile pari a , dal GG / MM / AAAA

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 , oppure Importo ,

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:

Generalità e recapito

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

Generalità e recapito

2) 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 settimanali 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

Codice Fiscale Nato a Il (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. 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

DATA / /

TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE