



Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

### DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome  Nome

Codice Fiscale  Nato a

GG  MM  AAAA  Stato di nascita  Cittadinanza  Sesso  Stato civile  (1)  (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Codice ASL  Telefono (Prefisso/Numero)  Tipologia di lavoro  (3)  (4)

Professione o Mestiere (5)  Qualifica (6)

Contratto collettivo naz.  Data assunzione: GG - MM - AAAA  /  /  PERSONE A CARICO  SI  NO  PARENTE DEL D.L.  SI  NO  Registro inf. n.

Posizione assicurativa territoriale  C/C  Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta  C/C  Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA  SI  NO  Amministrazione statale  Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Telefono (Prefisso/Numero)  Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)  Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria  Ore Sett.  A  Giornaliera  Mensile-mensilizzata  Convenzionale  Artigiana  Indicare l'importo  B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi  C  Ore Sett.  D  GG  MM  AAAA  al GG  MM  AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario  E  Importo: festività cadenti di domenica  F  Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio  G

Importo: diaria trasferita  H  Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.  I  Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav.  L

In %  M  oppure  Importo  N  In %  oppure  Giorni  P

Elementi aggiuntivi a base annua  Tredicesima mensilità  In %  O  oppure  Importo  R  Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Premio di produzione  In %  S  oppure  Importo  T  Accantonamento cassa edile  In %  U

Altre mensilità aggiuntive  In %  S  oppure  Importo  T

Totale generale

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:

A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [ ] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [ ] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) [ ]

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'fortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

[ ]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[ ]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[ ]

Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente [ ] NO [ ]

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

[ ]

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

[ ]

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

[ ]

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri [ ]

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? [ ]

[ ]

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

[ ]

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[ ]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

[ ]

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

[ ]

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA .....

FIRMA .....



Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

### DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome  Nome

Codice Fiscale  Nato a

GG  MM  AAAA  Stato di nascita  Cittadinanza  Sesso  Stato civile  (1)  (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Codice ASL  Telefono (Prefisso/Numero)  Tipologia di lavoro  (3)  (4)

Professione o Mestiere (5)  Qualifica (6)

Contratto collettivo naz.  Data assunzione: GG - MM - AAAA  /  /  PERSONE A CARICO  SI  NO  PARENTE DEL D.L.  SI  NO  Registro inf. n.

Posizione assicurativa territoriale  C/C  Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta  C/C  Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA  SI  NO  Amministrazione statale  Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Telefono (Prefisso/Numero)  Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)  Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni  
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria  Ore Sett.  A  Giornaliera  Mensile-mensilizzata  Convenzionale  Artigiana  Indicare l'importo  B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi  C  Ore Sett.  D  GG  MM  AAAA  al GG  MM  AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario  E  Importo: festività cadenti di domenica  F  Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio  G

Importo: diaria trasferita  H  Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.  I  Importo: fest. soppr. non transf. in ferie riposi com. e lav.  L

In %  M  oppure  Importo  N  In %  oppure  Giorni  P

Elementi aggiuntivi a base annua  O  oppure  Importo  R  Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Altre mensilità aggiuntive  S  oppure  Importo  T  Accantonamento cassa edile  In %  U

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:  
A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [ ] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [ ] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) [ ]

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form fields for accident details: GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'infortunato ha abbandonato il lavoro?, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il, Ha ricevuto il primo certificato medico il.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Large text box for accident description.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Text box for location of accident.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Text box for type of work.

Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente [ ] NO [ ]

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Text box for what the worker was doing.

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

Text box for unexpected event.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Text box for consequences.

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri [ ]

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?

Text box for employer presence and truthfulness.

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Text box for witnesses.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Text box for vehicle accidents.

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA .....

FIRMA .....

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO





4P42

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? Comune di Prov.

Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'fortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Empty text box for description of the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Empty text box for location of the accident.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Empty text box for type of work, with checkboxes for 'Era il suo lavoro consueto?' (SI, saltuariamente, NO).

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Empty text box for what the worker was doing at the time.

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

Empty text box for unexpected event.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Empty text box for consequences, with a note about height if a fall occurred.

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Empty text box for witnesses.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Empty text box for vehicle and insurance details.

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 quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? .....

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: .....

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): .....

- titolare o legale rappresentante della ditta .....

- infortunato o superstiti .....

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA .....

FIRMA .....

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune ..... Provincia .....

Si dichiara che la Ditta ..... ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO ..... DATA ..... FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA .....

Timbro dell'Ufficio

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO





INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

### DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome  Nome

Codice Fiscale  Nato a

GG  MM  AAAA  Stato di nascita  Cittadinanza  Sesso  Stato civile  (1)  (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Codice ASL  Telefono (Prefisso/Numero)  Tipologia di lavoro  (3)  (4)

Professione o Mestiere (5)  Qualifica (6)

Contratto collettivo naz.  Data assunzione: GG - MM - AAAA  /  /  PERSONE A CARICO  SI  NO  PARENTE DEL D.L.  SI  NO  Registro inf. n.

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Posizione assicurativa territoriale  C/C  Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta  C/C  Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA  SI  NO  Amministrazione statale  Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.  Cap

Codice ISTAT Comune  Telefono (Prefisso/Numero)  Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)  Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria  Ore Sett.  A  Giornaliera  Mensile-mensilizzata  Convenzionale  Artigiana  Indicare l'importo  B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi  C  Ore Sett.  D  GG  MM  AAAA  al GG  MM  AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario  E  Importo: festività cadenti di domenica  F  Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio  G

Importo: diaria trasferta  H  Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.  I  Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav.  L

In %  M  oppure  Importo  N  In %  oppure  Giorni  P

Tredicesima mensilità  In %  O  oppure  Importo  R  Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Premio di produzione  In %  S  oppure  Importo  T  Accantonamento cassa edile  In %  U

Altre mensilità aggiuntive  In %

Totale generale

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)





4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [ ] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [ ] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) [ ]

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form fields for accident details: GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'infortunato ha abbandonato il lavoro?, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il, Ha ricevuto il primo certificato medico il.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Empty box for accident description

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Empty box for location of accident

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Empty box for type of work

Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente [ ] NO [ ]

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Empty box for what worker was doing

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

Empty box for unexpected event

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Empty box for consequences

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri [ ]

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?

Empty box for supervisor presence and truthfulness

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Empty box for witnesses

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Empty box for vehicle and insurance details

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Empty box for nature of injury

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

Empty box for location of injury

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 quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? .....

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: .....

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): .....

- titolare o legale rappresentante della ditta .....

- infortunato o superstiti .....

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA .....

FIRMA .....

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune ..... Provincia .....

Si dichiara che la Ditta ..... ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO ..... DATA ..... FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA .....

Timbro dell'Ufficio

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA**

**RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE**

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**IL DATORE DI LAVORO:**

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

**SEDE INAIL COMPETENTE**

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

**NOTE**

<b>(1) SESSO:</b> M = MASCHIO F = FEMMINA	<b>(2) STATO CIVILE:</b> 1 = CELIBE/NUBILE 2 = CONIUGATO/A 3 = VEDOVO/A 4 = SEPARATO/A	5 = DIVORZIATO/A 6 = TUTELATO/A 7 = MINORE
--	---	--

**TIPOLOGIA DI LAVORO**

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale 6 = Giornaliero	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

**(6) QUALIFICA**

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.			AGRICOLTURA	
01 = Dirigente 02 = Direttivo-quadro 03 = Impiegato o intermedio 04 = Operaio specializzato 05 = Operaio comune 06 = Sovraintendente 07 = Lavoratore a domicilio 08 = Viaggiatore - piazzista 09 = Medico radiologo 10 = Detenuto	11 = Ricoverato in casa di cura 12 = Religioso/a 13 = Artigiano 14 = Esercente attività commerciale 15 = Apprendista artigiano 16 = Apprendista non artigiano 17 = Tirocinante 18 = Contratto formazione lavoro 19 = Borsista 20 = Stagista	21 = Piano inserimento professionale 22 = Allievo corsi qualificazione 23 = Istruttore corsi qualificazione 24 = Studente 25 = Sportivo professionista 26 = Addetto a lavoro socialmente utile 99 = Altro (indicare in chiaro)	01 = Operaio specializzato super 02 = Operaio specializzato 03 = Operaio qualificato 04 = Operaio comune 05 = Proprietario non coltivatore diretto 06 = Proprietario coltivatore diretto 07 = Mezzadro 08 = Affittuario 09 = Sovrastante azienda agricola 10 = Socio cooperativa agricola 11 = Compartecipante non dipendente	12 = Moglie/figli del proprietario 13 = Parenti vari del proprietario 14 = Moglie/figli del coltivatore diretto 15 = Parenti vari del coltivatore diretto 16 = Moglie/figli del mezzadro 17 = Parenti vari del mezzadro 18 = Moglie/figli dell'affittuario 19 = Parenti vari dell'affittuario 20 = Moglie/figli del compartecipante 21 = Parenti vari del compartecipante 22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa 99 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

**Esempio: EURO 134,43**

							1	3	4
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

 , 

4	3
---	---