

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

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 consentire 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)

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 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 12)

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

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'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 (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

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

☐ **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