

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 _____

SEZIONE LAVORATORE

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) Sì No Parente del datore di lavoro Sì No Persone a carico Sì No Tutela Inps in caso di malattia comune Sì No

Tipologia di lavoratore (3) _____ Tipologia di contratto (4) _____

Tipologia di part-time: Orizzontale Percentuale di part-time _____, _____ % Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
 Verticale Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____
 Misto

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) _____

<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> AGRICOLTURA					
Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale		Matricola Inps/codice CIDA	
<input type="checkbox"/> SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI					
Cognome			Nome		
Codice fiscale		Codice Inps			
<input type="checkbox"/> 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:					
<input type="checkbox"/> 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)					
<input type="checkbox"/> 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 Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

Si No Si No

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 : 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 : 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, 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? 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, 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? 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. 1124/1965 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 ,
 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: Retribuzione convenzionale oraria N. ore ,
 Generalità e recapito 2) _____ Durata normale della settimana di lavoro: Retribuzione convenzionale oraria 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 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	
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)	
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)			
Nazione	Comune	Prov. Cap	Istat
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec

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