

## 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 \_\_\_\_\_

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:**

<input type="checkbox"/> 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)	Codice IBAN
<input type="checkbox"/> accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di 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'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 (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		
<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"/>	<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 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"/>	<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 (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"/>	
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"/>	<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  ,  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 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  in %  oppure  giorni  
 Premio di produzione  in %  oppure Importo  ,   
 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     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 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