# 

**MODULO PER LA SEGNALAZIONE INFORTUNI PERSONALE**

**La pratica sarà inoltrata alla Assicurazione e all’INAIL solo in presenza di certificazione medica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI DELL’INFORTUNATO** | | | | | | | | | |
| Cognome: | | | | | | Nome: | | | |
| Codice Fiscale: | | | | | | Cittadinanza: | | | |
| Luogo di nascita | | | | data di nascita: | | | | Maschio  Femmina | |
| Indirizzo di **residenza**: | | | | | | | | | |
| Città | | | Cap | | | | Via | | |
| Indirizzo di **domicilio,** SE DIVERSO DALLA RESIDENZA: | | | | | | | | | |
| Città | | | Cap | | | | Via | | |
| **Struttura di appartenenza** | | | | | | | | | |
| Qualifica/Profilo | | | | | | | | | |
| Tel. cellulare: | Tel. fisso: | | | | | E-mail: | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **INFORTUNIO** | | | | | |  | | | |
| Certificato INAIL n. | | | | | | del | | | |
| con prognosi dal | | | | | | al | | | |
| Data evento: | | | | | | Ora: | | Ora lavorativa (I, II…): | |
| Luogo (indirizzo preciso): | | | | | | | | | |
| L’infortunato ha abbandonato il lavoro?  NO  SÌ | | | | | | | Se sì, a che ora? | | |
| Macchina/attrezzatura/impianto/altro: | | | | | | | | |
| Indossava i Dispositivi di Protezione Individuale?  NO  SÌ  Non previsti | | | | | | | | |
| Infortunio in itinere?  NO  SÌ | | Se sì, percorso: | | | | | | |
| Incidente su mezzo di trasporto?  NO ☐ SÌ | | | | | Se sì, quale? | | | |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL’ACCADUTO, PRECISANDO LUOGO** *(es: laboratorio, aula, ..)***, ATTIVITÀ SVOLTA, IMPREVISTO CHE HA CAUSATO L’INFORTUNIO E CONSEGUENZE** |
|  |
| Era il lavoro svolto di consuetosaltuariamente |
| **EVENTUALI TESTIMONI:** *(cognome, nome, indirizzo, recapito telefonico)* |
|  |
|  |
|  |

**Informativa in merito al Trattamento di Dati Personali**

I dati raccolti con il presente modulo e quelli comunque acquisiti dall’Istituto saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e s.m.i.), in ordine all’adempimento delle disposizioni di Legge in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; il loro conferimento è pertanto obbligatorio.

L’istituto si riserva pertanto di comunicare agli Enti competenti i dati personali in parola, nel rispetto della normativa su richiamata.

**ALLEGATI:**

* certificato medico
* in caso d’infortunio in itinere, copia Constatazione Amichevole e/o verbale redatto dalle Autorità competenti

Il Dipendente

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_