#

**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 consueto[ ] saltuariamente |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_