



Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)

Contratto collettivo naz. Data assunzione: GG - MM - AAAA / / PERSONE A CARICO SI NO PARENTE DEL D.L. SI NO Registro inf. n.

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta C/C Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA SI NO Amministrazione statale Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria Ore Sett. A Giornaliera Mensile-mensilizzata Convenzionale Artigiana Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi C Ore Sett. D GG MM AAAA al GG MM AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario E Importo: festività cadenti di domenica F Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio G

Importo: diaria trasferita H Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L

In % M oppure Importo N In % oppure Giorni P

Tredicesima mensilità In % O oppure Importo R Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Premio di produzione In % S oppure Importo T Accantonamento cassa edile In % U

Altre mensilità aggiuntive In %

Totale generale

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico) Era il suo lavoro consueto? SI [] saltuariamente [] NO []

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri []

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?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO? Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. reserved for INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date reserved for INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp reserved for INAIL

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Main personal and employment data form including fields for name, fiscal code, birth date, address, profession, and contract type.

Employer data form including fields for territorial position, company code, address, and work location details.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form for reporting contributory data used for determining the average daily wage.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form to indicate if contributory bases have changed in the 15 days preceding the accident.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for reporting additional elements of remuneration referred to the 15 days preceding the accident.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:

Form for the total sum requested for automatic rounding of amounts, with a calculation formula.



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

[]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[]

Era il suo lavoro consueto? SI [] saltuariamente SI [] NO []

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

[]

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

[]

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

[]

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri []

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?

[]

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

[]

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

[]

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

[]

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA

FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL
 _____ / _____ / _____

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

SEZIONE 1 - LAVORATORE

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____

GG MM AAAA Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile _____ (1) _____ (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Codice ASL _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____ Tipologia di lavoro _____ (3) _____ (4)

Professione o Mestiere (5) _____ Qualifica (6) _____

Contratto collettivo naz. _____ Data assunzione: GG - MM - AAAA _____ PERSONE A CARICO _____ PARENTE DEL D.L. _____ Registro inf. n. _____

SI NO SI NO

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale _____ C/C _____ Cognome e nome o ragione sociale _____

Codice Ditta _____ C/C _____ Codice Fiscale _____

AZIENDA AGRICOLA Amministrazione statale _____ Codice ministero _____

SI NO _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____ Località dei lavori _____

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) _____ Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta _____

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni
 LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria _____ Ore Sett. A _____ Giornaliera _____ Mensile-mensilizzata _____ Convenzionale _____ Artigiana _____ Indicare l'importo _____ B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi _____ C Ore Sett. D _____ GG MM AAAA _____ al GG MM AAAA _____

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario _____ E Importo: festività cadenti di domenica _____ F Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio _____ G

Importo: diaria trasferta _____ H Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. _____ I Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. _____ L

In % M _____ oppure _____ N _____ oppure _____ P _____

Tredicesima mensilità _____ O _____ oppure _____ R _____ oppure _____

Premio di produzione _____ S _____ oppure _____ T _____ oppure _____

Altre mensilità aggiuntive _____ U _____

Accantonamento cassa edile _____

Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Totale generale _____

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:
 A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form fields for accident details: GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'infortunato ha abbandonato il lavoro?, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il, Ha ricevuto il primo certificato medico il.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico) Era il suo lavoro consueto? SI [] saltuariamente [] NO []

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri []

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?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO? Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

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 quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): - titolare o legale rappresentante della ditta - infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA Comune Provincia Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato. LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA Timbro dell'Ufficio

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

