

PER LA COMPILAZIONE DELLA DENUNCIA DI INFORTUNIO ABBIAMO BISOGNO DEI SEGUENTI DATI:

• NOME DELLA SOCIETÀ': _____

• NOME COGNOME C.F. DEL DIPENDENTE INFORTUNATO:

• DOVE È AVVENUTO L'INFORTUNIO (*Indirizzo esatto*):

• ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO? _____

SE SÌ IN QUALE REPARTO: _____

• IN CHE GIORNO È AVVENUTO? _____ ALLE ORE _____

INIZIO ORARIO DI LAVORO _____

DURANTE QUALE ORA LAVORATIVA (es. 1^a, 2^a, ecc.) _____

ORARIO FINE TURNO DI LAVORO _____

• DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO _____

ORA DI ABBANDONO _____

• IL DATORE DI LAVORO ERA PRESENTE? (SÌ/NO) _____

HA SAPUTO DEL FATTO IL (*Data ricezione primo certificato INAIL*) _____

• DATA DI RICEZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO _____

• RITIENE LA DESCRIZIONE RISPONDENTE A VERITÀ? (SÌ/NO) _____

• IN CASO NEGATIVO PERCHÉ? _____

• DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DELLE CAUSE E CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO:

• CHE TIPO DI LAVORAZIONE STAVA SVOLGENDO (es. *manutenzione, costruzione etc.*):

• CHE COS'È SUCCESSO DI IMPREVISTO PER CUI È AVVENUTO L'INFORTUNIO (es. *si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo etc.*):

• IN CONSEGUENZA DI CIÒ COS'È AVVENUTO? (es. *shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto etc.*)

• TESTIMONI:

• N. ORE STRAORDINARIE FATTE NEI 15 GG DI CALENDARIO ANTECEDENTI IL GIORNO DI INFORTUNIO:
(allegare le presenze dei 15 giorni precedenti la data dell'incidento)

• PEC AZIENDALE:

• IBAN AZIENDALE:

SE INFORTUNIO DOVUTO A INCIDENTE STRADALE (sono i dati del dipendente)

• COGNOME, NOME E RESIDENZA DEL CONDUCENTE:

• COGNOME, NOME E RESIDENZA DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO:

• TARGA:

• COMPAGNIA ASSICURATRICE:

• I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA (Carabinieri, Vigili, ecc.):
