

Ditta: _____

SCHEDA DENUNCIA DI INFORTUNIO

Nome Infortunato: _____

Nr Registro Infortuni: _____ Data infortunio: ____/____/____

Data ricevimento primo certificato medico: ____/____/____

Qualifica e mansione lavoratore _____

1 - Luogo dove è avvenuto l'infortunio: _____

2 - Descrizione dell'Infortunio (descrizione particolareggiata):

| |
|--|
| |
| |

3 - Dove è avvenuto l'infortunio (es. nel magazzino, in strada, in officina etc....):

| |
|--|
| |
|--|

4 - Che tipo di lavorazione stava svolgendo (es. manutenzione, costruzione etc.....):

| |
|--|
| |
| |

5 - Era il suo lavoro consueto? SI NO Saltuario? SI NO

6 - Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo? :
(es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando etc...)

| |
|--|
| |
|--|

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

| |
|--|
| |
|--|

8 - In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? :
(es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto etc.....)

| |
|--|
| |
| |

9 - Il datore di lavoro era presente? SI NO

10 - Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO

11 - Se ha risposto no perché?

| |
|--|
| |
| |

12 - INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

| |
|--|
| |
| |

Luogo e Data

Firma datore di lavoro

N.B. ALLEGARE PRESENZE DEI 15 GIORNI PRECEDENTI L'INFORTUNIO