

dati del lavoratore strutturato o personale equiparato infortunato

Cognome		Nome			
Codice Fiscale	Stato di nascita	Cittadinanza	Sesso	Stato civile (1)	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	Data decesso (GG/MM/AAAA)		
Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico)					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)					
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono abitazione	Prefisso internazionale	Telefono Cellulare		
Indirizzo E-MAIL			Indirizzo PEC		

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL

Infortunio in itinere Incidente con mezzo di trasporto Incidente stradale Incidente ferroviario Incidente aereo Incidente navale Altro

SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

Presso altra azienda SI NO Codice Fiscale altra azienda Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA) / / SI NO NO : SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) SI NO / / SI NO : SI NO

Il datore di lavoro era presente? SI NO SI NO SI NO

Se ha risposto no, perché?

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio? Era il suo lavoro consueto? SI NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (13) Sede della lesione (14)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)					
Nazione			Comune		Prefisso internazionale
Prov.			CAP		Telefono
ISTAT					

SECONDO TESTIMONE					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)					
Nazione			Comune		Prefisso internazionale
Prov.			CAP		Telefono
ISTAT					

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO		
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
Nazione		Comune
Prov.	Cap	Telefono
ISTAT		
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
Ragione sociale		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
Nazione		Comune
Prov.	Cap	Telefono
ISTAT		

SECONDO VEICOLO		
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
Nazione		Comune
Prov.	Cap	Telefono
ISTAT		
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
Ragione sociale		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
Nazione		Comune
Prov.	Cap	Telefono
ISTAT		

Firma dell'infortunato
