

INAIL

Caso n. - Riservato all'INAIL

Grid for case number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date

Timbro di arrivo (Riservato all'INAIL)

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form for worker details: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di Nascita, Cittadinanza, sesso, statocivile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap., Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Tipologia di lavoro, Professione o mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., GG, MM, AAAA, Parente a carico, Parente del D.L., Registro infort. N.

SEZIONE 2 DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione Assicurativa territoriale, c/c, G E S X C O N T, C N R, Codice Ditta, c/c, Codice Fiscale, Azienda Agricola, Amministrazione statale, Codice Ministero, Indirizzo, Comune, Prov., Cap., Codice ISTAT Comune, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

**L'INFORTUNIO È AVVENUTO**

GG <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	ORA <input type="text"/>	Durante quale ora di lavoro 801,02,03) <input type="text"/>	Durante il turno di notte s <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/>	Comune di <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>			
Cap. <input type="text"/>	Codice ISTAT Comune <input type="text"/>	Codice ASL <input type="text"/>	L'infortunato ha abbandonato il lavoro		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	GG <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	Ora <input type="text"/>
Il datore di lavoro ha Saputo del fatto il	GG <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	Ha ricevuto il primo certificato medico il		GG <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>		

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

**IN PARTICOLARE:** dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella strada, 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  
SI consueto?  S  N   
I  o

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 improvviso 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

**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**

La lesione ha provocato la morte?

<input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> i	<input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> o	Sembra poterla provocare	<input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> i	<input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> o	Sembra poter provocare un'abilità permanente assoluta o parziale?	<input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> i	<input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> o
--	--	--------------------------	--	--	---	--	--

Quanti giorni si presume 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 RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI NENUNCIA INFEDELE , DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ'**

DATA.....

FIRMA.....

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA

Cognome.....

Si dichiara che la Ditta .....a presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato

Luogo.....DATA.....FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA

DENUNCIA.....

TIMBRO  
DELL'UFFICIO

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**  
**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA**

**RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE**

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**IL DATORE DI LAVORO:**

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato;
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i quadri riportati in basso nelle copie "C e D".

**SEDE INAIL COMPETENTE**

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

**NOTE**

(1) **SESSO:** M = MASCHIO  
F = FEMMINA

(2) **STATO CIVILE:** 1 = CELIBE/NUBILE  
2 = CONIUGATO/A  
3 = VEDOVO/A  
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A  
6 = TUTELATO/A  
7 = MINORE

**TIPOLOGIA DI LAVORO**

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale 6 = Giornaliero	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a... montatore di... installatore di... meccanico, operatore di macchine per...)

**(6) QUALIFICA**

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.	AGRICOLTURA
01 = Dirigente 02 = Direttivo-quadro 03 = impiegato o intermedio 04 = Operaio specializzato 05 = Operaio comune 06 = Sovrintendente 07 = Lavoratore a domicilio 08 = Viaggiatore - piazzista 09 = Medico radiologo 10 = Detenuto 11 = Ricoverato in casa di cura 12 = Religioso/a 13 = Artigiano 14 = Esercente attività commerciale 15 = Apprendista artigiano 16 = Apprendista non artigiano 17 = Tirocinante 18 = Contratto formazione lavoro 19 = Borsista 20 = Stagista	01 = Operaio specializzato super 02 = Operaio specializzato 03 = Operaio qualificato 04 = Operaio comune 05 = Proprietario non coltivatore diretto 06 = Proprietario coltivatore diretto 07 = Mezzadro 08 = Affittuario 09 = Sovraintente azienda agricola 10 = Socio cooperativa agricola 11 = Compartecipante non dipendente 12 = Moglie/figli del proprietario 13 = Parenti vari del proprietario 14 = Moglie/figli del coltivatore diretto 15 = Parenti vari del coltivatore diretto 16 = Moglie/figli del mezzadro 17 = Parenti vari del mezzadro 18 = Moglie/figli dell'affittuario 19 = Parenti vari dell'affittuario 20 = Moglie/figli del compartecipante 21 = Parenti vari del compartecipante 22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa 23 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-  
 veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI e PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA'  
 NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	/	%
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---