

**DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**  
(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

AUTORITÀ DI P.S.

	Si dichiara che il datore di lavoro _____ ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza _____	
	del Comune _____	prov. _____ la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero _____
	luogo _____	data (GG/MM/AAAA) _____ firma _____

Cognome _____		Nome _____	
Codice fiscale _____	Stato di nascita _____	Cittadinanza _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Comune di nascita _____	Prov. _____	Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____	Data di decesso (GG/MM/AAAA) _____
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) _____			
Nazione _____	Comune _____	Prov. _____	Cap _____
Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____		Istat _____	Asi _____
Nazione _____	Comune _____	Prov. _____	Cap _____
		Istat _____	Asi _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentire una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____	Telefono abitazione _____	Prefisso internazionale _____	Telefono cellulare _____
Indirizzo Email _____		Indirizzo Pec _____	

Studente (2) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Parente del datore di lavoro <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Persone a carico <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Tutela Inps in caso di malattia comune <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---	---	---

Tipologia di lavoratore (3) _____	Tipologia di contratto (4) _____
<input type="checkbox"/> Orizzontale	Percentuale di part-time _____
Tipologia di part-time: <input type="checkbox"/> Verticale	Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
<input type="checkbox"/> Misto	Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____	Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____
CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) _____	CCNL - Categoria CNEL (6) _____
Qualifica assicurativa (7) _____	
Voce professionale Istat (8) _____	

SEZIONE LAVORATORE

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice ditta	Posizione assicurativa territoriale	Settore attività (9)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo polizza (10)	Voce di tariffa (11)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

 **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**

Codice fiscale amministrazione statale	Amministrazione statale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice fiscale struttura	Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore	Codice Inail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 **AGRICOLTURA**

Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale	Matricola Inps/codice CIDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**

Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice fiscale	Codice Inps	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

 **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza, ... numero civico)

Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**UNITÀ PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore**INDIRIZZO dell'UNITÀ PRODUTTIVA o della STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)

Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>				
Indirizzo Email	Indirizzo Pec			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore	Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE**

**SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:**

<input type="checkbox"/> vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)	
<input type="checkbox"/> accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban	codice Iban <input type="text"/>

**L'INFORTUNIO È AVVENUTO:**

Luogo dell'evento \_\_\_\_\_ Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Infortunio in itinere  Sì  No Incidente con mezzo di trasporto  Sì  No Incidente stradale  Incidente ferroviario  Incidente aereo  Incidente navale

Presso altra azienda  Sì  No Codice fiscale altra azienda \_\_\_\_\_ Denominazione/Ragione sociale altra azienda \_\_\_\_\_

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi  Sì  No

Data evento (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Giorno festivo  Sì  No Alle ore \_\_\_\_\_ Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) \_\_\_\_\_ Durante il turno di notte  Sì  No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_ Il datore di lavoro ha saputo del fatto il \_\_\_\_\_ (GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?  Sì  No Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?  Sì  No

Se ha risposto no, perchè? \_\_\_\_\_

**DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**

PRIMO CERTIFICATO MEDICO	CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO
Numero identificativo certificato _____	Numero identificativo certificato _____
Data di rilascio del certificato medico _____ GG/MM/AAAA	Data di rilascio del certificato medico _____ GG/MM/AAAA
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore _____ GG/MM/AAAA	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore _____ GG/MM/AAAA
Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/>	
Periodo di prognosi dal _____ GG/MM/AAAA al _____ GG/MM/AAAA	Periodo di prognosi dal _____ GG/MM/AAAA al _____ GG/MM/AAAA

**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 consueto lavoro?  Sì  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, cosa è avvenuto al lavoratore? \_\_\_\_\_ Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri \_\_\_\_\_

Natura della lesione (14) \_\_\_\_\_ Sede della lesione (15) \_\_\_\_\_

**DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965):**

La lesione ha provocato la morte?  Sì  No Sembra poterla provocare?  Sì  No

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?  Sì  No Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? \_\_\_\_\_

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? \_\_\_\_\_

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio \_\_\_\_\_

La comunicazione della Direzione territoriale del lavoro - Servizio ispezione del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza) \_\_\_\_\_

## INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

## PRIMO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

## SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

## IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 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 di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

## DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

## SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi
---------------	--	--

## DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

## DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat

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

Oraria  Ore settimanali  Giornaliera  Mensile/mensilizzata  Convenzionale  Convenzionale artigiana  Voucher

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**

Retribuzione oraria/mensile pari a GG/MM/AAAA  
 ,  dal

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

Importo lavoro straordinario  ,  Importo festività cadenti di domenica  ,  Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio  ,   
 Importo diaria - trasferta  ,  Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.  ,  Importo festività sopresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati  ,

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**

Tredicesima mensilità  in %  oppure Importo  ,  Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie  in %   
 Premio di produzione  in %  oppure Importo  ,  oppure  in %   
 Altre mensilità aggiuntive  in %  oppure Importo  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc.  in %

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore  Retribuzione convenzionale oraria: Importo  ,

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro: N. ore  Retribuzione convenzionale oraria  ,   
 2) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro: N. ore  Retribuzione convenzionale oraria  ,

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione:  Lavoro flessibile  Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore   
 Retribuzione annua tabellare (16) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria Importo  ,   
 Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore   
 Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore   
 Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19) N. ore   
 Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo  ,

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

**IL SOTTOSCRITTO**

Datore di lavoro       Delegato/incaricato del datore di lavoro       Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome	
[ ]		[ ]	
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)	
[ ]	[ ]	[ ]	
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)			
[ ]			
Nazione	Comune	Prov.	Cap
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Istat			
[ ]			
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**DICHIARA**

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato, incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.: [ ]

**Note**

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

GG/MM/AAAA  
Data [ ]

Timbro e firma [ ]

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE