

**INAIL**ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO I RISCHI DI INfortunio SUL LAVORO

Mod. Com. Inf. - Iaspa

**COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO - IASPA**

(combinato disposto art. 3, art.18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008)

Alla sede Inail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**SEZIONE DATORE LAVORO**

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ditta \_\_\_\_\_ Posizione assicurativa territorio \_\_\_\_\_ Settore attività \_\_\_\_\_

Tipo polizza \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_

Voce tariffa \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Telefono della sede legale \_\_\_\_\_ Indirizzo della sede legale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Pec della sede legale comunicato al Registro imprese \_\_\_\_\_

Unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore \_\_\_\_\_

Telefono dell'unità produttiva \_\_\_\_\_ Email dell'unità produttiva \_\_\_\_\_ Pec dell'unità produttiva \_\_\_\_\_

Reparto ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore \_\_\_\_\_

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione \_\_\_\_\_

**SEZIONE LAVORATORE**

Cognome		Nome	
_____		_____	
Codice fiscale	Stato di nascita		
_____	_____		
Cittadinanza	Sesso	Stato civile	
_____	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	_____	
Comune di nascita	Provincia	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	
_____	_____	_____	
Indirizzo di residenza (via, piazza, ecc.. e numero civico)			
_____			
Nazione		Comune	
_____		_____	
Provincia	Cap	Istat	Asl
_____	_____	_____	_____
Indirizzo di domicilio (via, piazza, ecc.. e numero civico) (solo se diverso da quello di residenza)			
_____			
Nazione		Comune	
_____		_____	
Provincia	Cap	Istat	Asl
_____	_____	_____	_____
Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail			
Recapito telefonico	<input type="checkbox"/> Dati non disponibili		
_____	_____		
Secondo recapito telefonico	_____		
_____	_____		
Email	Pec		
_____	_____		
Studente	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No		
Tipologia di lavoratore		Tipologia di contratto	
_____		_____	
Data assunzione il (GG/MM/AAAA)		Data fine rapporto di lavoro il (GG/MM/AAAA)	
_____		_____	
CCNL - Settore lavorativo CNEL		CCNL - Categoria CNEL	
_____		_____	
Qualifica assicurativa			
_____			
Voce professionale			
_____			

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Sede della lesione

Natura della lesione

**FIRMA-AUTOCERTIFICAZIONE**Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000  
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

Comune

Provincia

Cap

Email

Pec

Telefono

**DICHIARA**

- di rendere la presente Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/2008) 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;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003), 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 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 Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. 

Note

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO****L'incidento è avvenuto**

Luogo dell'evento \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

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

Data evento (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Alle ore (HH:MM) \_\_\_\_\_ Durante quale ora di lavoro (1°, 2°, ecc..) \_\_\_\_\_

Giorno festivo  Sì  No    Durante il turno di notte  Sì  No

Presso altre aziende  Sì  No    Codice fiscale \_\_\_\_\_ Denominazione ragione sociale \_\_\_\_\_In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi 

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 18, C. 1, LETT. R, D.LGS. 81/2008

Identificativo certificato \_\_\_\_\_ Data di rilascio (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore (GG/MM/AAAA)

Periodo di prognosi  
Dal (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Al (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_**Descrizione dell'incidento:**In che modo è avvenuto l'incidento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**In particolare:**Dove è avvenuto l'incidento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Che tipo di lavorazione stava svolgendo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Era il suo lavoro consueto?  Sì  NoAl momento dell'incidento che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'incidento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_