

## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO CARTACEO DI DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

La denuncia/comunicazione di infortunio è l'adempimento al quale è tenuto il datore di lavoro nei confronti dell'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati soggetti all'obbligo assicurativo, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. L'invio della denuncia/comunicazione consente, per gli infortuni con la predetta prognosi, di assolvere contemporaneamente sia all'obbligo previsto a fini assicurativi dall'art. 53, d.p.r. n. 1124/1965, che all'obbligo previsto a fini statistico/informativi dall'art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. n. 81/2008 a far data dall'entrata in vigore della relativa normativa di attuazione.

A decorrere dal 1° luglio 2013 la denuncia/comunicazione di infortunio deve essere trasmessa all'Inail esclusivamente in via telematica.

Il presente modulo sostituisce tutti quelli in uso per la denuncia degli infortuni all'Inail ed è scaricabile dal sito [www.inail.it](http://www.inail.it) – Assicurazione – Modulistica – Download dei modelli.

### **SEDE INAIL COMPETENTE**

La sede competente a trattare il caso di infortunio è quella nel cui territorio l'infortunato ha stabilito il proprio domicilio (circolare Inail n. 54 del 24/08/2004).

### **OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO**

Per gli infortuni occorsi alla generalità dei lavoratori dipendenti o assimilati, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro due giorni dalla ricezione del certificato medico.

Il datore di lavoro è tenuto ad allegare copia del certificato medico qualora provveda alla denuncia/comunicazione di infortunio tramite compilazione del modulo cartaceo.

Se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia/comunicazione entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato medico.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità di legge (art.53, c. 1 e 2, d.p.r. n.1124/1965).

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori del settore artigianato, deve provvedere all'inoltro il titolare o uno dei titolari dell'azienda artigiana (art. 203, c. 1, d.p.r. n.1124/1965).

Nei casi di infortunio occorsi al titolare o a uno dei titolari dell'azienda artigiana, ove questi si trovino nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio del certificato medico da parte di uno dei predetti soggetti o del medico curante entro i previsti termini, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori autonomi del settore agricoltura, provvede il lavoratore autonomo sia per sé che per gli appartenenti al nucleo familiare costituenti la forza lavoro (art. 25, d.lgs. n. 38/2000 e art. 1, comma 7, d. m. 29/5/2001). Ove questi si trovi nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio del certificato medico da parte di tale lavoratore o del medico curante entro i previsti termini, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inviare una copia della denuncia/comunicazione di infortunio all'Autorità locale di Pubblica Sicurezza (art. 54, d.p.r. n.1124/1965).

### **OBBLIGHI DEL LAVORATORE**

Il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia al datore di lavoro di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità (art. 52, d.p.r. n.1124/1965); non ottemperando a tale obbligo e nel caso in cui il datore di lavoro non abbia comunque provveduto all'inoltro della denuncia/comunicazione nei termini di legge, l'infortunato perde il diritto all'indennità di temporanea per i giorni ad esso antecedenti.

### **SANZIONI**

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 (art. 16, legge n. 251/1982).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 53, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Se l'infortunio è occorso ad un lavoratore autonomo del settore artigianato (art. 203, c. 1 e 2, d.p.r. n. 1124/1965) e del settore agricoltura (artt. 1, c. 8, e 2, d. m. 29/05/2001) non è prevista alcuna sanzione amministrativa, ferma restando la perdita del diritto all'indennità di temporanea per i giorni antecedenti l'inoltro della denuncia.

**LEGENDA NOTE:**

<b>(1) STATO CIVILE</b>
CELIBE/NUBILE
CONIUGATO/A
DIVORZIATO/A
SEPARATO/A
VEDOVO/A

<b>(2) TIPOLOGIA DI LAVORATORE INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
APPRENDISTA
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUTONOMO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE
LAVORATORE A DOMICILIO
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO (SOLO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE CON CONTRATTO DI INSERIMENTO LAVORATIVO
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE DETENUTO ADDETTO AI LAVORI
LAVORATORE DOMESTICO
LAVORATORE INTERINALE (O A SCOPO DI SOMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
LAVORATORE PER SOSTITUZIONE
LAVORATORE RICOVERATO IN CASE DI CURA, OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE
LAVORATORE SOCIALMENTE UTILE (LSU - ASU)
PARASUBORDINATO A PROGETTO/ COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA
PARASUBORDINATO OCCASIONALE
SOCIO
TIROCINANTE
<b>(2) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA</b>
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
PARASUBORDINATO
SOCIO

<b>(3) TIPOLOGIA DI CONTRATTO</b>
INDETERMINATO A TEMPO PIENO
DETERMINATO A TEMPO PIENO
INDETERMINATO A TEMPO PARZIALE
DETERMINATO A TEMPO PARZIALE
INDETERMINATO
DETERMINATO

<b>(4) CCNL - SETTORE LAVORATIVO CNEL</b>
AGRICOLTURA
ALIMENTARISTI - AGROINDUSTRIALE
ALTRI VARI
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA
AZIENDE DI SERVIZI
CHIMICI
COMMERCIO
CREDITO ASSICURAZIONI
EDILIZIA
ENTI E ISTITUZIONI PRIVATE
MECCANICI
POLIGRAFICI E SPETTACOLO
TESSILI
TRASPORTI

<b>(5) CCNL - CATEGORIA CNEL</b>
Tutti i valori presenti nella tabella CATEGORIA di: <a href="http://www.cnel.it/347?contrattazione_testo=39">http://www.cnel.it/347?contrattazione_testo=39</a>

<b>(6) QUALIFICA ASSICURATIVA INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
ADDETTO A LAVORAZIONI MECCANICO - AGRICOLE
ADDETTO AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI
APPRENDISTA ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
APPRENDISTA NON ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUSILIARIO
BORSE DI LAVORO
CONIUGE, FIGLI, PARENTI E ASSIMILATI DEL DATORE DI LAVORO (art. 4, n. 6, d.p.r. 1124/65)
DETENUTO ADDETTO A LAVORI (art. 4, n. 9, d.p.r. 1124/65)
DIPENDENTE AVVENTIZIO O OCCASIONALE DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 1° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 2° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 3° CATEGORIA
DIRIGENTE (art. 4, d.lgs. 38/00)
IMPIEGATO
INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE;ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE (art. 4, n. 5, d.p.r. 1124/65)
INTERMEDIO
LAVORATORE A DOMICILIO (art. 4, d.p.r. 1124/65)
LAVORATORE ADDETTO A LAVORO SOCIALMENTE UTILE
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE INTERINALE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
LAVORATORE SOSPESO IN CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI
MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
OPERAIO
PARASUBORDINATO (art. 5, d.lgs. 38/00)
PARTECIPANTE AD IMPRESA FAMILIARE
PESCATORE DELLA PICCOLA PESCA MARITTIMA E DELLE ACQUE INTERNE
PIANO DI INSERIMENTO PROFESSIONALE
QUADRO
RELIGIOSO - SUORA (art. 4, d.p.r. 1124/65)
RICOVERATO IN CASE DI CURA,OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE (art. 4, n. 8, d.p.r. 1124/65)
SOCIO DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI (es. facchini e trasportatori di persone e di merci)
SOCIO DI COOPERATIVA E DI ALTRO TIPO DI SOCIETA' ANCHE DI FATTO (art. 4, n. 7, d.p.r. 1124/65)
SOCIO LAVORATORE (es. facchini e trasportatori di persone e di merci)
SOVRAINTENDENTE (art. 4, n. 2, d.p.r. 1124/65)
SPORTIVO PROFESSIONISTA (art. 6, d.lgs. 38/00)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA CON DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA SENZA DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI FRANTOIO

<b>(6) QUALIFICA ASSICURATIVA AGRICOLTURA</b>
AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
BRACCIANTE AGRICOLO O GIORNALIERO DI CAMPAGNA (OTD)
COMPARTICIPANTE INDIVIDUALE O FAMILIARE
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
MEZZADRO O COLONO
CONIUGE/FIGLI/PARENTI VARI DEL MEZZADRO O COLONO
CONIUGE/FIGLI/PARENTI VARI DELL'AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
CONIUGE/FIGLI/PARENTI VARI DI PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
OPERAIO COMUNE
OPERAIO QUALIFICATO
OPERAIO QUALIFICATO SUPER
OPERAIO SPECIALIZZATO
OPERAIO SPECIALIZZATO SUPER
PICCOLO COLTIVATORE DIRETTO/PICCOLO COLONO
PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
SOCIO DI COOPERATIVA AGRICOLA
SOVRASTANTE DI AZIENDA AGRICOLA (art. 205 lettera c D.P.R. 1124/65)

<b>(7) VOCE PROFESSIONALE ISTAT</b>
Tutti i valori presenti ne IL NAVIGATORE DELLE PROFESSIONI da: <a href="http://cp2011.istat.it">http://cp2011.istat.it</a>

<b>(8) SETTORE ATTIVITA'</b>
ALTRI
ARTIGIANATO
INDUSTRIA
SPECIALE
TERZIARIO

<b>(9) TIPO POLIZZA</b>
APPARECCHI RX
AUTONOMI ARTIGIANI
DIPENDENTI
FACCHINI
FRANTOI
INTERINALE
IPPOTRASPORTATORI
PESCATORI
PROVE D'ARTE E TCP
SCUOLE
SOSTANZE RADIOATTIVE

**(10) TARIFFA DEI PREMI D.M. 12/12/2000**Disponibile per la consultazione da: [Banca dati normativa](#)**(11) LAVORAZIONE SVOLTA DALL'AZIENDA AGRICOLA**

ATTIVITA' DIVERSE DI BONIFICA

ALTRE LAVORAZIONI PRIMA DELLA RACCOLTA

ATTIVITA' DI SILVICOLTURA

COLTIVAZIONI SPECIALI

LAVORAZIONI AUSILIARIE

LAVORAZIONI SUCCESSIVE ALLA SEMINA

PREPARAZIONE TERRENO

PRODUZIONE ED ALLEVAMENTO DI ANIMALI

PROPAGAZIONE PIANTE

RACCOLTA E TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI

**(12) MALATTIA INFORTUNIO**

Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni.

La caratteristica principale di questo tipo di patologie è che, dal punto di vista assicurativo, esse vengono giuridicamente qualificate come infortuni sul lavoro in quanto la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta.

La tutela assicurativa delle patologie in questione come infortuni sul lavoro consente all'INAIL di erogare le prestazioni di legge già nella fase del contagio, se noto, che determini, anche per motivi profilattici, l'astensione temporanea dal lavoro.

Tuttavia, se l'episodio che ha determinato il contagio non sia percepito o non possa essere provato dal lavoratore, si può presumere che lo stesso si sia verificato in considerazione delle mansioni e di ogni altro indizio che deponga in tal senso.

Ciò premesso, si specifica che, nell'ipotesi in cui la malattia infortunio determini astensione dal lavoro per un periodo superiore a tre giorni oltre quello dell'evento, il datore di lavoro dovrà effettuare, come per tutti gli altri casi di infortunio, la denuncia all'Istituto assicuratore.

Nell'ipotesi in cui, invece, non vi sia astensione dal lavoro o questa sia inferiore al periodo sopra indicato, pur non ricorrendo l'obbligo di inoltrare la denuncia a fini assicurativi all'Istituto, sarà opportuno che il datore di lavoro provveda comunque a tale adempimento al fine di consentire all'Istituto di ottenere tutte le informazioni necessarie all'erogazione tempestiva delle prestazioni previste per tali fattispecie (profilassi, eventuali vaccinazioni).

Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opererà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.

**ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:**

- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (Cass. 13.03.1992, n.3090);
- echinococcosi da cui possono essere contagiati i lavoratori a contatto con pelli fresche ad esempio nelle attività di macellazione (Trib. Firenze, sent. 21.09.1994);
- tetano, al quale sono esposti in modo particolare i lavoratori che debbono maneggiare arnesi in ferro o che abbiano contatti con il letame;
- brucellosi alla quale sono esposti in modo particolare i lavoratori addetti alla mungitura degli ovini e dei bovini.

<b>(13) NATURA DELLA LESIONE</b>
CONTUSIONE
CORPI ESTRANEI
FERITA
FRATTURA
LESIONI DA AGENTI INFETTIVI E PARASSITARI
LESIONI DA ALTRI AGENTI
LESIONI DA SFORZO
LUSSAZIONE, DISTORSIONE, DISTRAZIONE
PERDITA ANATOMICA

<b>(14) SEDE DELLA LESIONE</b>
CRANIO
ENCEFALO
NASO
BOCCA
FACCIA
COLLO
CUORE ED ORGANI MEDIASTINO
FEGATO
MILZA
STOMACO ED ORGANI INTESTINALI
ORGANI URIGENITALI
PERETE ADDOMINALE
COLONNA VERTEBRALE/CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/SACRO E COCCIGE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO SACRO COCCIGE
OCCHI SINISTRO
OCCHIO DESTRO
ORECCHIO SINISTRO
ORECCHIO DESTRO
CINGOLO TORACICO SINISTRO
CINGOLO TORACICO DESTRO
POLMONE SINISTRO
POLMONE DESTRO
PARETE TORACICA SINISTRA
PARETE TORACICA DESTRA

BRACCIO SINISTRO
GOMITO DESTRO
AVAMBRACCIO SINISTRO
AVAMBRACCIO DESTRO
POLSO SINISTRO
POLSO DESTRO
MANO SINISTRA
MANO DESTRA
POLLICE SINISTRO
POLLICE DESTRO
INDICE SINISTRO
INDICE DESTRO
MEDIO SINISTRO
MEDIO DESTRO
ANULARE SINISTRO
ANULARE DESTRO
MIGNOLO SINISTRO
MIGNOLO DESTRO
CINGOLO PELVICO SINISTRO
CINGOLO PELVICO DESTRO
COSCIA SINISTRA
COSCIA DESTRA
GINOCCHIO SINISTRO
GINOCCHIO DESTRO
GAMBA SINISTRA
GAMBA DESTRA
CAVIGLIA SINISTRA
CAVIGLIA DESTRA
PIEDE SINISTRO
PIEDE DESTRO
ALLUCE SINISTRO
ALLUCE DESTRO
ALTRE DITA



## DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)  
 /  /

Alla Sede INAIL

AUTORITA' DI P. S.

### RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

( Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza )

Timbro dell'Ufficio

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

SEZIONE LAVORATORE

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

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 consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale  Telefono abitazione  Prefisso internazionale  Telefono Cellulare   
 Indirizzo E-MAIL  Indirizzo PEC

Studente  SI  NO Parente del datore di lavoro  SI  NO Persone a carico  SI  NO Tutela INPS in caso di malattia comune  SI  NO

Tipologia di lavoratore (2)   
 Tipologia di contratto (3)  Data assunzione (GG/MM/AAAA)  /  /  Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)  /  /   
 CCNL - Settore lavorativo CNEL (4)  CCNL - Categoria CNEL (5)   
 Qualifica assicurativa (6)   
 Voce Professionale ISTAT (7)

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

Codice Fiscale

Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta

Posizione Assicurativa Territoriale

Settore attività (8)

Tipo polizza (9)

Voce di tariffa (10)

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

Codice Fiscale Amministrazione Statale

Amministrazione Statale

Codice Fiscale Struttura

Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore

Codice INAIL

 **AGRICOLTURA**

Codice Fiscale

Cognome e nome o ragione sociale

Matricola INPS/Codice CIDA

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

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Codice INPS

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

Cognome

Nome

Codice Fiscale

**INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)**

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

**UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore**

Numero Registro Infortuni Aziendale

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11)

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE****SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:** assegno circolare

(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

 accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN

Codice IBAN

**L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:**

Luogo dell'evento

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Infortunio in itinere

 SI  NO

Incidente con mezzo di trasporto

 SI  NO

Incidente stradale

Incidente ferroviario

Incidente aereo

Incidente navale

Altro

Presso altra azienda	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Codice Fiscale altra azienda	<input type="text"/>	Denominazione/Ragione sociale altra azienda	<input type="text"/>
In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Data evento (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Giorno festivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alle ore (HH/MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/>	Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)	<input type="text"/>	Durante il turno di notte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Alle ore (HH/MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/>	Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
Il datore di lavoro era presente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

Se ha risposto no, perché?

**DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART. 53, D.P.R. 30/06/1965 N. 1124**

<b>PRIMO CERTIFICATO MEDICO</b>				<b>CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO</b>			
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico	GG	MM	AAAA	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo	GG	MM	AAAA
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prognosi riservata	<input type="checkbox"/>	Malattia infortunio (12)	<input type="checkbox"/>				
Periodo di prognosi				Periodo di prognosi			
Data dal (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data al (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data dal (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data al (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**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)

**DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):**

La lesione ha provocato la morte?

 SI  NO

Sembra poterla provocare?

 SI  NO

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?

 SI  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. 57 d.p.r. n. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

## INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SECONDO TESTIMONE					
Cognome		Nome			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:		
Cognome		Nome
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ragione sociale		
<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale Telefono
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazione	Comune	Prov. Cap ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

## 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	Importo	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Retribuzione oraria/mensile pari a	GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Importo diaria - trasferta	Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc...	Importo festività sopresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità	in %	oppure	Importo	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Premio di produzione	in %	oppure	Importo	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altre mensilità aggiuntive	in %	oppure	Importo	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc...
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

DATORE DI LAVORO CHE EFFETTUA LA DENUNCIA	Durata normale della settimana di lavoro (n. ore)	Retribuzione convenzionale oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.

## IL SOTTOSCRITTO

<input type="checkbox"/> Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Delegato/Incaricato del Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Mandatario del Datore di lavoro
Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	Nato a	II (GG/MM/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		
<input type="text"/>		
Nazione	Comune	Prov. CAP ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Indirizzo PEC
		<input type="text"/>

## DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 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. 5 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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

DATA TIMBRO E FIRMA