

DATI 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					
Studente	Parente del datore di lavoro		Persone a carico								
☐ SI ☐ NO	☐ 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⁾											

DATI DATORE DI LAVORO

Codice Fiscale	Cognome e nome o ragione sociale			
Codice Ditta	Posizione Assicurativa Territoriale	Settore attività ⁽⁹⁾		
	Voce di tariffa ⁽¹¹⁾			
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				
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

DATI RETRIBUTIVI

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC...) E' COMPUTATA SU |

Oraria	Ore settimanali	Giornaliera	Mensile/mensilizzata	Convenzionale	Convenzionale artigiana	Voucher	Importo
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	,

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 e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc...	Importo festività sopprese 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
,			,	
Prerogativa di produzione	in %	oppure	Importo	in %
,			,	giorni
Altre mensilità aggiuntive	in %	oppure	Importo	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc...
,			,	in %
				,

DATI DELL'INFORTUNIO

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	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

Data evento (GG/MM/AAAA)	Giorno festivo	Alle ore (HH/MM)	Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)	Durante il turno di notte
/ /	☐ SI ☐ NO	:		☐ SI ☐ NO

(GG/MM/AAAA)	Alle ore (HH/MM)	Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)
☐ SI ☐ NO	:	/ /

Il datore di lavoro era presente? ☐ SI ☐ NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? ☐ SI ☐ NO

Se ha risposto no, perché?

DATI CERTIFICATI MEDICI

PRIMO CERTIFICATO MEDICO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico

GG MM AAAA

/ /

Prognosi riservata ☐ Malattia infortunio ⁽¹³⁾ ☐

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA) Data 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 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 ⁽¹⁴⁾

Sede della lesione ⁽¹⁵⁾

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