

Dati del titolare-socio-collaboratore familiare

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Stato di nascita e cittadinanza _____
(da indicare se il lavoratore è nato in uno stato estero)

Indirizzo e comune di residenza _____

Codice ASL competente _____
(es. Padova ASL 16, Cittadella ASL 15, Este ASL 17)

Parente del datore di lavoro SI NO

Persone a carico SI NO

Tipologia di lavoratore _____
(es. Autonomo, Collaboratore familiare)

Settore Lavorativo _____

Dati della ditta

PAT e codice ditta _____
indicare la P.A.T. presso la quale è assicurato il lavoratore infortunato
(dato da cedolino paga del dipendente al punto A)

Cognome e nome o ragione sociale _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____
sede legale

Località dei lavori _____
indicare la sede operativa dell'azienda se diversa dalla sede legale

Telefono e indirizzo e-mail _____

PEC (Posta elettronica certificata) _____

Lavorazione svolta reparto/cantiere _____
indicare la lavorazione svolta dall'infortunato e il reparto/cantiere dove essa viene svolta

Dati relativi all'infortunio

Giorno e ora _____
indicare il giorno e l'ora in cui è avvenuto l'infortunio

Ora di lavoro _____
indicare durante quale ora di lavoro è avvenuto l'infortunio

Dove è avvenuto l'infortunio

Indicare il luogo dove è avvenuto l'infortunio (specificare il comune e la provincia)

Giorno in cui il titolare/legale rappresentante ha saputo del fatto _____

Giorno in cui il titolare/legale rappresentante ha ricevuto il primo certificato _____

Descrizione dell'infortunio _____

Dove è avvenuto l'infortunio (cantiere, fabbrica, strada)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo il lavoratore

Che cosa è successo di imprevisto

Di conseguenza che cosa è avvenuto

Lesione provocata dall'infortunio (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione (es. mano destra, piede sinistro, torace)

Indicare i dati di eventuali testimoni

Indicare se la lesione ha provocato morte o inabilità

Indicare giorni di prognosi

allegare certificato medico