

## 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 (2)  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 (3)  Tipologia di contratto (4)   
 Tipologia di part-time: Orizzontale  Verticale  Misto  Percentuale di part-time  ,  %  
 Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento  
 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)

**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 (9)

Tipo polizza (10)

Voce di tariffa (11)

 **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 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 12)

**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:** vaglia postale/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**

PRIMO CERTIFICATO MEDICO				CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO			
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 (13)	<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 (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

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"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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  ,

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**  
 Retribuzione oraria/mensile pari a  ,  dal GG  / MM  / AAAA

**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 soppresse 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 %  oppure  giorni

Premio di produzione  ,  oppure Importo  ,

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:

Generalità e recapito

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

Generalità e recapito

2)  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 settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore:

Retribuzione annua tabellare <sup>(16)</sup> 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 <sup>(17)</sup> al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore:

Ore di lavoro settimanali supplementari <sup>(18)</sup> 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 <sup>(19)</sup> N. ore:

Lavoro straordinario <sup>(20)</sup> 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 ecc... e numero civico)

Nazione     Comune     Prov.     CAP     ISTAT

Prefisso estero     Telefono     Indirizzo E-MAIL     Indirizzo PEC

**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. 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**

DATA  /  /

TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE