

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. - 10 boxes

Data di spedizione - Riservato All'INAIL

Grid for shipping date - 10 boxes with slashes

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

Copia conforme al modello ministeriale - www.inail.it

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. Civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)

Contratto collettivo naz. GG MM AAAA PERSONE A CARICO SI NO PARENTE DEL D.L. SI NO Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta C/C Codice fiscale

AZIENDA AGRICOLA Amministrazione statale SI NO Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. Civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Orario Ore Sett. **A** Giornaliera Mensile-mensilizzata Convenzionale Artigiana Indicarne l'importo **B**

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

importi **C** Ore Sett. **D** GG MM AAAA al GG MM AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario **E** Importo: festività lavorate di domenica **F** Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio **G**

Importo: diaria trasferita **H** Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. **I** Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. **L**

Tredicesima mensilità in % **M** oppure **N** in % oppure **O** **P** Giorni

Premio di produzione in % **Q** oppure **R** Importo **R** Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Altre mensilità aggiuntive in % **S** oppure **T** importo **T** Accantonamento cassa edile in % **U**

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale

STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540515 - www.studio74.it

Copia A - Da inviare all' INAIL

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora GG MM AAAA GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

[]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico) Era il suo lavoro consueto? SI NO SI saltuariamente NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri []

Il datore di lavoro era presente? SI NO Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO Se ha risposto no, perchè?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

[]

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[]

CHE TIPO DI LESIONE E' STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA.....

FIRMA.....

Copia conforme al modello ministeriale - www.inail.it SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

Crimini s.r.l. - Tel. 0445 340523 - Fax 0445 340515 - www.studio4.it