

Modulo Dichiarazione di Infortunio sul Lavoro ai fini INAIL

Istruzioni per la compilazione

Il lavoratore che si infortuna sul posto di lavoro, oppure in itinere, riportando un danno fisico o psichico che gli impedisca di continuare a lavorare per almeno un giorno, deve recarsi immediatamente al pronto soccorso o dal proprio medico di base per le cure mediche del caso. Subito dopo, tempestivamente, deve informare l'Università in qualità di Datore di lavoro inviando il presente modulo e il certificato del pronto soccorso (o certificato del proprio medico di base) riportante la diagnosi e il numero di giorni di assenza dal lavoro alle strutture di competenza indicate nel documento "*Prospetto tipologia lavoratore infortunato/struttura competente*" (allegato B).

Qualora l'infortunio si sia verificato durante una missione o un servizio esterno, occorre allegare anche il modulo di autorizzazione alla missione o altra documentazione utile (ad es. convocazione per corso di formazione). Per studenti, borsisti o dottorandi può essere compilata a tal fine l'autorizzazione del docente responsabile riportata a pag. 7 del presente Modulo.

ATTENZIONE: in mancanza di compilazione del modulo in tutte le sue parti, il datore di lavoro procedere con la denuncia di infortunio all'INAIL e l'infortunato perderà il diritto all'indennità di temporanea. Per la corretta e completa compilazione del presente modulo si invita a darne una lettura preliminare complessiva.

Dopo la trasmissione della documentazione sopra descritta, il lavoratore infortunato dovrà trasmettere, sempre alla struttura di competenza indicata nell'allegato 1, qualsiasi certificazione o documentazione rilasciata a lui direttamente dall'INAIL.

Per maggiori dettagli fare riferimento al **Manuale esplicativo degli adempimenti da porre in essere in caso di infortunio o malattia professionale.**

Al Referente Infortuni sul Lavoro
dell'Ufficio¹ _____
Università degli Studi dell'Insubria

Il/La Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (provincia _____) il _____
Codice Fiscale: _____
Cittadinanza _____ Sesso _____
numero di matricola universitaria _____

Residenza: Via _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Domicilio: Via _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Recapiti telefonici _____
E-Mail _____
Eventuale PEC _____

frequentante l'Università degli Studi dell'Insubria in qualità di _____

es: dipendente (specificare qualifica: docente / PTAB), studente, dottorando, contrattista di ricerca, oppure se collaboratore coordinato e continuativo, collaboratore occasionale, professore a contratto

Struttura di riferimento _____

(es: ufficio o dipartimento di afferenza / denominazione del Corso di studio)

Se personale dipendente (oppure collaboratori o docenti a contratto) indicare la tipologia di contratto:

- Determinato / Indeterminato
- Tempo pieno / Part-time
- Data assunzione _____ Data cessazione _____
- Mansione prevalente svolta _____

Solo per collaboratori coordinati e continuativi, occasionali o professori a contratto indicare:

L'infortunio è avvenuto all'interno di altra azienda: SI / NO

Se SI specificare di seguito la denominazione / ragione sociale, il codice fiscale e la sede dell'azienda:

HA SUBITO IL SEGUENTE INFORTUNIO

¹ Indicare l'Ufficio, il Servizio, il Dipartimento oppure la Scuola competente alla ricezione della denuncia di infortunio; si veda a tal fine il prospetto allegato B

Data dell'infortunio _____ Ora precisa _____

Data dell'effettivo abbandono del lavoro _____ Ora precisa _____

Ora di inizio del lavoro (per quella giornata) _____

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)

Luogo dell'infortunio

(se il sinistro è avvenuto presso una Struttura dell'Ateneo indicarne esattamente il nome: padiglione / ufficio / aula / piano /...)

INDIRIZZO: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

N.B. In caso di cosiddetto "infortunio in itinere", compilare anche le successive pagine dedicate.

Che tipo di attività lavorativa stava svolgendo l'infortunato? (es. manutenzione) _____

Era il suo lavoro consueto? SI / 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, ecc.)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è accaduto l'infortunio?

(es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio, ecc.)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto?

(es. shock elettrico, caduta al suolo, ecc.)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri: _____

Natura della lesione (es. ustione) _____

Sede della lesione (es. mano destra) _____

Altre persone coinvolte nel medesimo infortunio:

Eventuali testimoni (nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico)

specificare se al momento dell'infortunio era presente il Datore di lavoro (per l'Università il datore di lavoro è il Direttore Generale)

CHIEDE che eventuali comunicazioni (es.: richieste di documentazione, convocazioni a visite mediche, ...) vengano trasmesse:

- per raccomandata al domicilio / residenza sopra indicato
- all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato
- altro: _____

Luogo e data _____

Firma del denunciante

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, firmando la presente domanda dichiaro che tutti i dati qui riportati e le attestazioni eventualmente allegate sono corrispondenti al vero e/o conformi alla documentazione originale e nei casi ammessi hanno, ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni, valore di autocertificazione o dichiarazione sostitutiva.

Se il denunciante è persona diversa dall'infortunato indicarne:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Grado di parentela / altro (es. collega) con l'infortunato _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

Il sottoscrittore del presente modulo era presente al momento del sinistro? **SI** / **NO**

Allegare **delega e fotocopia del documento** di identità dell'infortunato o indicare le ragioni che impediscono all'infortunato di rilasciare la delega _____

IMPORTANTE - Allegare la certificazione medica del Pronto Soccorso. Se l'infortunato non si è recato al pronto soccorso bensì dal medico di base, allegare la certificazione medica rilasciata da quest'ultimo

La presente parte del modulo deve essere utilizzata esclusivamente per gli **infortunati in itinere**

Infortunio in itinere occorso a _____

in data _____

con mezzo di trasporto: SI / NO

tipo di incidente: stradale ferroviario aereo navale altro

Autorità intervenuta sul luogo dell'incidente: _____

➤ **Dati del veicolo a bordo del quale si trovava l'infortunato al momento dell'incidente**

TARGA _____ Compagnia assicuratrice (specificare la filiale o agenzia)

Nome e cognome del **conducente** _____

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Residenza: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Nome e cognome del **proprietario del veicolo** (non compilare se coincide con il conducente)

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Residenza: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

➤ **Dati altri veicoli coinvolti**

TARGA _____ Compagnia assicuratrice (specificare la filiale o agenzia)

Nome e cognome del **conducente** _____

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Residenza: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Nome e cognome del **proprietario del veicolo** (non compilare se coincide con il conducente)

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Residenza: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Luogo e data _____

Firma del denunciante

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto/o _____, consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, firmando la presente domanda dichiaro che tutti i dati qui riportati e le attestazioni eventualmente allegate sono corrispondenti al vero e/o conformi alla documentazione originale e nei casi ammessi hanno, ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni, valore di autocertificazione o dichiarazione sostitutiva.

Allegare: fotocopia Patente del conducente - fotocopia c.d. Constatazione amichevole

La presente parte del modulo deve essere utilizzata esclusivamente per gli infortuni in itinere occorsi a Studenti / Dottorandi / Borsisti durante uno spostamento preventivamente autorizzato dal responsabile dell'attività didattica, di ricerca o di tirocinio, con mezzo pubblico, privato o universitario.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di docente / responsabile

del Corso di Laurea in _____

della Scuola di Specializzazione in _____

Dottorato di ricerca in _____

altro: _____

DICHIARA

che il Sig./la Sig.ra _____

frequentante l'Università degli Studi dell'Insubria con la qualifica di: _____

ERA AUTORIZZATO/A

a recarsi presso _____

(denominazione precisa dell'Istituto / Dipartimento/ Ente / Azienda / ..., sede dello stage / tirocinio / lezione / ...)

Indirizzo: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

PER LO SVOLGIMENTO DELLA SEGUENTE ATTIVITÀ

lezione

tirocinio tecnico-formativo

Altro: _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

e ad effettuare lo spostamento con:

mezzo pubblico

mezzo privato

mezzo universitario

Luogo e data _____

Firma del docente _____