

Modulo Dichiarazione di Infortunio sul Lavoro

Istruzioni per la compilazione

Il lavoratore che si infortuna sul posto di lavoro a causa del lavoro che sta svolgendo, oppure in itinere ovvero nel tragitto casa/lavoro o viceversa, riportando un danno fisico o anche psichico che gli impedisce di continuare a lavorare per un periodo più o meno lungo, deve recarsi immediatamente al pronto soccorso per le cure mediche del caso. Subito dopo, appena possibile, deve informare il proprio Datore di lavoro inviando il presente modulo e il certificato del pronto soccorso riportante diagnosi e numero di giorni di assenza dal lavoro alle strutture di competenza indicate nel prospetto allegato.

Per i dipendenti e gli altri soggetti autorizzati a recarsi in missione o servizio esterno, qualora l'infortunio si sia verificato durante la missione o il 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 trasmesso a tal fine l'autorizzazione di seguito riportata del docente / responsabile (pag. 6 del presente Modulo).

Si precisa che qualora il lavoratore decida di non avvalersi delle cure mediche, dovrà comunque compilare e trasmettere il presente modulo, utili a fini statistici e al fine della valutazione delle misure di sicurezza da adottare.

ATTENZIONE: non saranno accettati moduli incompleti; per una corretta e completa compilazione del modulo si invita a dare una lettura preliminare del modulo nel suo complesso.

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

Nome UOR:
Denominazione file modulo codificato
Validato da:
Aggiornato il:
Posizione nel *repository*:

Ufficio Organi, convenzioni e rapporti con il servizio sanitario
infortunio_denuncia_INAIL_SICUREZZA_329
Francesca Colombo
31 marzo 2021
www.uninsubria.it/modulistica

(spazio riservato all'Ufficio)

Data di ricezione _____

Note _____

N. registro infortuni _____

Firma del funzionario

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

Il/La Sig. _____

nato/a a _____ (provincia _____) il _____

Codice Fiscale: _____

matricola universitaria _____

Residenza: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Domicilio: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Recapiti telefonici _____

E-Mail _____

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

(es.: dipendente (specificare qualifica: docente / PT-A / ...), studente, dottorando, titolare di assegno di ricerca, oppure se collaboratore coordinato e continuativo, collaboratore occasionale, professore a contratto)

Struttura di riferimento _____

(es.: ufficio / denominazione del Corso di Laurea, del Dottorato, del Dipartimento)

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:

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

HA SUBITO IL SEGUENTE INFORTUNIO

Data dell'incidento _____ Ora precisa _____

Data dell'effettivo abbandono del lavoro _____ Ora precisa _____

Ora di inizio del lavoro (per quella giornata) _____

Descrizione dell'incidento: in che modo è avvenuto l'incidento?

(descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Luogo dell'incidento

(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 "incidento in itinere", compilare anche le pagine dedicate.

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

Era il suo lavoro consueto? SI / NO

Al momento dell'incidento 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'incidento?

(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'incidento 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 incidente:

Eventuali testimoni (nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico)
specificare se al momento dell'infortunio era presente il Datore di lavoro, ovvero 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/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.

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

La presente parte del modulo deve essere utilizzata esclusivamente per gli **infortuni 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/ò _____, 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
