



25 / 06 / 2013

data

59853
0059853

numero di protocollo

UNINA FEDII

U.A.P.P.C. VIII - 11

posizione

Ai Presidenti delle Scuole
Ai Direttori dei Dipartimenti Universitari
Al Direttore dell'Orto Botanico
Al Direttore dell'Azienda Agraria Sperimentale
Torre Lama
Ai Direttori dei Centri Museali dell'Università
Ai Direttori dei Centri di Ricerca
Interdipartimentali
Ai Direttori dei Centri di Servizio
Interdipartimentali
Ai Direttori dei Centri di Servizio di Ateneo
Ai Direttori dei Centri di Ateneo ex art. 21 dello
Statuto vigente:
- Centro di Ateneo "Laboratorio Europeo per
lo Studio delle Malattie indotte da Alimenti
- Centro di Ateneo per l'Innovazione e lo
Sviluppo dell'Industria Alimentare
(CAISIAL)
- Centro di Ateneo "Scuola di Alta
Formazione nelle Scienze Umane e Sociali"
- Centro di Ricerca per lo studio di malattie
genetiche dell'uomo e loro modelli cellulari e
animali

E p.c. Ai Capi Ripartizione
Ai Capi Ufficio
Ai Direttori delle Scuole di Specializzazione
Al Responsabile dell'Area Supporto e
Coordinamento Corsi Scienze Biotechologiche
Ai Direttori delle Biblioteche di Area

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria Federico II
aou.protocollo@pec.it

Oggetto: \nuove modalità della denuncia/comunicazione di infortunio\ a decorrere dal 1°
luglio 2013 per i lavoratori strutturati (docenti, ricercatori, dirigenti e personale
tecnico amministrativo) e per il personale equiparato (studenti, dottorandi,
specializzandi ecc.).

Si ricorda che, in tema di infortuni sul lavoro, il D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (T.U.
Sicurezza), riprendendo le disposizioni di cui al testo unico per l'assicurazione obbligatoria contro
gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, art. 53 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124,
stabilisce, tra l'altro, all'art. 18, comma 1 lett. r) l'obbligo per il datore di lavoro di comunicare in
via telematica all'INAIL gli infortuni sul lavoro che comportino una assenza dal lavoro superiore a
tre giorni.

]

0 / 52

Già il Codice dell'Amministrazione Digitale, di cui al D. Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 e
s.m.i., aveva stabilito all'art. 5/bis, in particolare al comma 1, che le comunicazioni tra
amministrazioni pubbliche dovessero avvenire esclusivamente in via telematica e al comma 2 che

25 / le modalità di attuazione del comma 1 sarebbero state adottate con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Pertanto con il d.p.c.m. 22 luglio 2011, è stato stabilito, all'art. 1, che il termine di decorrenza di tale adempimento fosse il 1° luglio 2013. 2!

L'INAIL, in attuazione del quadro normativo sopra delineato, ha invitato, con nota prot. 4220 del 15.5.2013, tutte le PP.AA., tra cui l'Ateneo scrivente, ad attivare un sistema di profilazione delle utenze da abilitare per poter utilizzare il canale telematico per le denunce di infortunio.

Tanto premesso, giacché il Regolamento di Ateneo per l'applicazione delle norme su sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, emanato con D.R. n. 800 del 5.3.2013, ha individuato le SS.LL. quali **Datori di Lavoro** in ordine agli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, in quanto soggetti di vertice di Unità produttive, l'Amministrazione, conformemente alle disposizioni contenute nella suindicata nota INAIL, ha fornito per tutte le SS.LL. i dati richiesti (dati anagrafici, codice fiscale, e-mail, sede di lavoro e indirizzo pec) al fine di assicurare, da parte delle SS.LL. medesime, a far data dal 1° luglio 2013, l'inoltro della denuncia on line nell'ipotesi di infortuni al personale di rispettiva competenza.

Conseguentemente a quanto sopra, le SS.LL., a breve, riceveranno dall'INAIL, a mezzo e-mail, le credenziali di accesso al sistema messo a disposizione dal predetto Ente previdenziale ai fini dell'inoltro della denuncia *on line* in parola.

Inoltre, si precisa che per il personale (docenti, ricercatori e personale tecnico amministrativo) utilizzato congiuntamente dall'Azienda Ospedaliera e dall'Università ovvero utilizzato esclusivamente dall'Azienda Ospedaliera, individuato, rispettivamente, negli elenchi B), C) e D) allegati al protocollo di intesa Università/Regione Campania sottoscritto in data 20/04/2012, gli obblighi di denuncia restano in capo all'Azienda stessa.

Alla luce di quanto sopra illustrato le SS.LL. dovranno, in caso di infortunio sul lavoro ovvero di infortunio *in itinere*, effettuare la denuncia telematica all'INAIL dell'evento occorso ai lavoratori strutturati (docenti, ricercatori, dirigenti e personale tecnico amministrativo), al personale equiparato (studenti, dottorandi, specializzandi ecc.) come di seguito indicato:

Datori di lavoro (ex art.1 del Regolamento di Ateneo per l'applicazione delle norme su sicurezza e salute sui luoghi di lavoro di cui al D.R. 800 del 05/03/2013)	Competenza
Direttori di Dipartimento Universitario di Area non medica	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso i Dipartimenti di Area non medica - personale docente e ricercatore afferente al Dipartimento - dottorandi, assegnisti e borsisti che svolgono la propria attività presso il Dipartimento; - studenti immatricolati a C.d.L. ovvero a corsi di specializzazione incardinati nel Dipartimento;
Direttori di Dipartimento Universitario di area medica	- Personale tecnico amministrativo utilizzato esclusivamente dall' Amministrazione Universitaria
Direttore Generale	Dirigenti e personale tecnico amministrativo in servizio presso le Ripartizioni ed Uffici afferenti alle

	<p>Ripartizioni;</p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio FEDIT presso le Biblioteche di Area;</p> <p><i>per la Biblioteca di Area Medicina e Chirurgia per il solo personale tecnico amministrativo utilizzato esclusivamente dall'Università</i></p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio presso la Scuola di Specializzazione per le Professioni Legali, la Scuola Interuniversitaria Campana di Specializzazione all'Insegnamento e la Scuola di Specializzazione di Restauro Monumenti;</p> <p>personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Area Supporto e coordinamento corsi Scienze biotecnologiche.</p>
Direttori dei Centri Museali dell'Università	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro ed i Musei che ne fanno parte
Direttori dei Centri di Ricerca interdipartimentali	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Direttori dei Centri di Servizio Interdipartimentali	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Centri di Servizio di Ateneo	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso il Centro
Direttori dei Centri di Ateneo ex art. 21 statuto previgente	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso i Centri
Direttore dell'Azienda Agraria Sperimentale Torre Lama	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Azienda Agraria
Direttore dell'Orto Botanico	- Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Orto Botanico
Presidente della Scuola Politecnica e delle Scienze di Base	Personale tecnico amministrativo in servizio presso gli Uffici Area Didattica Ingegneria, Architettura, Scienze MM.FF.NN.
Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia	Personale tecnico amministrativo in servizio presso l'Ufficio Area Didattica Medicina e Chirurgia per il solo personale utilizzato esclusivamente dall'Amministrazione Universitaria

25 / 2013 003543 UNIFA PER 25 / 2013

Si allega alla presente il modulo di denuncia infortunio, corrispondente, a grandi linee, al format presente nella procedura telematica, su cui sono stati già riportati alcuni dati di carattere generale (numero registro infortuni, codice ministero, codice fiscale Università) che le SS.LL. avranno cura di trascrivere nel format elettronico (All.1). Si trasmette, altresì, un estratto del suindicato modulo di denuncia, predisposto al solo fine di agevolare, da parte delle SS.LL., l'acquisizione delle informazioni che dovrà fornire il lavoratore infortunato (All.2).

Inoltre si riportano di seguito gli adempimenti salienti che le SS.LL., in qualità di datori di lavoro, avranno cura di osservare:

- ◆ dovranno acquisire dal lavoratore il certificato medico e le informazioni dettagliate utilizzando il modulo allegato (cfr. All.2);
- ◆ dovranno inviare all'INAIL, tramite procedura telematica, la **denuncia di infortunio entro 2 giorni** dalla data in cui hanno ricevuto il primo certificato medico con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a 3 giorni, e trasmettere all'Autorità di Pubblica Sicurezza, tramite la pec di struttura, il modulo di denuncia generato in automatico dal sistema;
- ◆ dovranno sempre inviare all'INAIL, a prescindere dai giorni di prognosi, la **denuncia di infortunio entro 2 giorni** dalla data in cui hanno ricevuto il certificato medico qualora l'evento sia determinato da lesione per puntura di ago;
- ◆ non sono, di converso, tenuti ad inviare la denuncia in caso di infortunio di **durata inferiore a tre giorni**; se però la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, la denuncia deve essere inviata entro 2 giorni dalla ricezione del nuovo certificato;
- ◆ se il termine di presentazione della denuncia coincide con un giorno festivo, il medesimo slitta al primo giorno successivo non festivo, mentre se coincide con la giornata del sabato la denuncia deve comunque essere presentata;
- ◆ dovranno trasmettere, in ogni caso, ai fini della trascrizione sul Registro Infortuni, tempestivamente, tramite protocollo informatico, all'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato:
 - 1) copia di tutta la documentazione di cui sopra inviata telematicamente all'INAIL nell'ipotesi di infortunio superiore a 3 giorni o puntura d'ago;
 - 2) copia della ricevuta della denuncia all'INAIL generata dal sistema e copia della ricevuta dell'invio alla Pubblica Sicurezza;
 - 3) la documentazione fornita dal lavoratore nell'ipotesi di infortunio inferiore a 3 giorni;
- ◆ In caso di infortunio a studenti, dottorandi, specializzandi, etc., dovranno inviare comunicazione anche all'Ufficio Affari Generali per attivare, qualora sussistano i presupposti, la relativa copertura assicurativa appositamente predisposta dall'Ateneo.

Si richiama l'attenzione delle SS.LL. sul rigoroso rispetto dei termini di cui sopra in quanto in caso di omissione o ritardo di invio della denuncia all'INAIL e all'Autorità di P.S. il **datore di lavoro** è soggetto al pagamento di una sanzione amministrativa da € 1.290,00 a € 7.745,00. Le modalità operative per la compilazione e l'invio telematico della denuncia sono disponibili sul portale INAIL nell'applicativo denominato "Strutture P.A. in Gestione in Conto Stato" (cfr. Manuale reperibile anche sul sito web di Ateneo).

Si segnala inoltre che le SS.LL. potranno, in considerazione della prentorietà dei termini entro cui effettuare gli adempimenti sopra illustrati, profilare, autonomamente, un proprio delegato per l'invio della denuncia di infortunio. Detto nominativo dovrà, attenendosi alle modalità operative

fissate nel citato Manuale (cfr. pag. 66 e ss) essere comunicato alla dott.ssa Gabriella Formica, nominata dal Rettore quale Amministratore Centrale di sistema, al seguente indirizzo pec
25 / ~~unina@pec.unina.it~~ unina.fedii@pec.unina.it UNINA FEDII

Si evidenzia altresì, per gli operai agricoli stagionali nonché per i titolari di rapporti di lavoro autonomo, stante la specificità del rapporto assicurativo con l'INAIL, che l'Amministrazione si riserva di comunicare alle SS.LL. direttive in merito da osservare in caso di infortunio a detto personale appena acquisiti chiarimenti dal predetto Ente assicurativo.

Nelle more delle suddette direttive, in caso di infortunio per tale ultimo personale, a decorrere dal 1° luglio 2013, le SS.LL. avranno cura immediatamente di contattare l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato nonché inviare, tramite protocollo informatico, tutta la documentazione in proprio possesso fornita dall'infortunato.

L'Amministrazione si riserva, infine, di comunicare eventuali ulteriori disposizioni o chiarimenti che dovessero successivamente pervenire dall'INAIL - anche a seguito del D. L. n. 69 del 21/06/2013, entrato in vigore il 22 /06/2013 - e resta a disposizione delle SS.LL. per eventuali dubbi o supporti operativi, secondo il prospetto di seguito riportato:

Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato

Dott.ssa Carmela Sorvillo 081 2534814 uappc@unina.it

Dott. Salvatore Pandolfi 081 2537813 salvatore.pandolfi@unina.it

Ufficio Sorveglianza Sanitaria e Gestione Documentale

Dott. Giovanni Niola 0812537645 giovanni.niola@unina.it

Ufficio Affari Generali

Dott.ssa Luciana Mazzarella 081 2537825 luciana.mazzarella@unina.it

Ufficio Stipendi (per i dati retributivi)

Dott.ssa Paola Mineri 081 2537774 paola.mineri@unina.it

Si prega di assicurare alla presente circolare la massima diffusione tra tutto il personale.

Il Rettore
Massimo Marrelli

IL PRORETTORE
Giuseppe Manfredi

Ripartizione Personale Contrattualizzato, Trattamento pensionistico e Affari Speciali:
Il Dirigente dott.ssa Gabriella Formica
Unità organizzativa responsabile del procedimento
Ufficio Assenze e Presenze Personale contrattualizzato
Capo dell'Ufficio: dott.ssa Carmela Sorvillo

Allegato 1)

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 4 bis - Pr

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2000 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)

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 _____

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono Cellulare _____

Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

Da indicare 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.

Studente 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 (2) _____

Tipologia di contratto (3) _____

CCNL - Settore lavorativo CNEL (4) _____ CCNL - Categoria CNEL (5) _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____

Qualifica assicurativa (6) _____

Voce Professionale ISTAT (7) _____

INDU
Codice F...
Codice DI...
Tipo poliz...
 PUB
Codice F...
008
Cod. Amr...
 AGP
Codice F...
Matricola...
 SER
Cognome...
Codice F...
 LAV
Cognome...
Codice F...
INDIRIZ...
Nazione...
Prefisso...
UNITA'
Indirizzo...
Nazione...
Prefisso...
Indirizzo...
Nazione...
Indirizzo...
Reparto...
LA SON...
SE IL...
ASSOI...
 ass...
(va...
cor...
fin...
 acc...
pa...

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 (8)

Tipo polizza (9)

Voce di tariffa (10)

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice Fiscale

Denominazione Amministrazione

00876220633

Università degli Studi di Napoli Federico II

Cod. Amm.ne

Descrizione Amministrazione

Cod. Ministero

Descrizione Ministero

3170

MIUR

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 OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

Cognome

Nome

Codice Fiscale

INDIRIZZO (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

222

Indirizzo dell'unità produttiva 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, 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 abitualmente opera il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11)

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:

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)

accredito 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 SI NO
 Codice Fiscale altra azienda
 Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA) / /
 Giorno festivo SI NO
 Alle ore (HH/MM) :
 Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)
 Durante il turno di notte SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) SI NO
 Alle ore (HH/MM) :
 Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) / /

Il datore di lavoro era presente? SI NO
 Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI 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 <input type="text"/> / MM <input type="text"/> / AAAA <input type="text"/>	Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo	GG <input type="text"/> / MM <input type="text"/> / AAAA <input type="text"/>
Prognosi riservata	<input type="checkbox"/>	Malattia infortunio (12)	<input type="checkbox"/>
Periodo di prognosi		Periodo di prognosi	
Data dal (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"/>	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 (13) Sede della lesione (14)

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)

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

SEZIONE TESTIMONI

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

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"/>

SEZIONE TESTIMONI

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

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:

Ore	Ore settimanali	Giornaliera	Mensile/mensilizzata	Convenzionale	Convenzionale artigiana	Voucher	Importo	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Importo diaria - trasferta	Importo indennità e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc...	Importo festività sopresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:

Tredicesima mensilità <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> Importo	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> giorni
Premio di produzione <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> Importo	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> Importo
Altre mensilità aggiuntive <input type="text"/> in % oppure <input type="text"/> Importo	

DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Datore di lavoro che effettua la denuncia Durata normale della settimana di lavoro (n. ore) Retribuzione convenzionale oraria

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria	Altro datore di lavoro	Ore settimanali	Retribuzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

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. 1124/85 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 mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / /

TIMBRO E FIRMA

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 _____

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono Cellulare _____

Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

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 SI NO
 Codice Fiscale altra azienda _____
 Denominazione/Ragione sociale altra azienda _____

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi SI NO

Data evento (GG/MM/AAAA) _____ / _____ / _____
 Giorno festivo SI NO
 Alle ore (HH/MM) _____ : _____
 Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) _____
 Durante il turno di notte SI NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) SI NO
 Alle ore (HH/MM) _____ : _____
 Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) _____ / _____ / _____

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

Se ha risposto no, perché? _____

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 (13) _____ Sede della lesione (14) _____

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT

SECONDO TESTIMONE

Cognome Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. CAP ISTAT

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.L), INDICARE:

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo Compagnia assicurativa o impresa designata Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. Cap ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome Nome

Ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. Cap ISTAT

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo Compagnia assicurativa o impresa designata Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome Nome

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. Cap ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome Nome

Ragione sociale

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico) Prefisso internazionale Telefono

Nazione Comune Prov. Cap ISTAT