

RELAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

SEZIONE INFORTUNATO/DANNEGGIATO

Cognome **Nome**

Codice Fiscale **Stato di nascita** **Classe (nel caso di alunno)**

Cittadinanza **Sesso** **Stato Civile**

Comune di nascita **Prov.** **Data di nascita** / / **Data decesso** / /

Indirizzo di residenza

Nazione **Comune**

Prov. **CAP** **ISTAT** **ASL**

Indirizzo di domicilio (Obbligatorio se diverso dall'indirizzo di residenza)

Nazione **Comune**

Prov. **CAP** **ISTAT** **ASL**

Il datore di lavoro ha acquisito dal lavoratore il consenso alla comunicazione dei seguenti dati personali all'INAIL, con le modalita' e per le finalita' strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio

Prefisso internazionale/Telefono abitazione

Prefisso internazionale/Telefono cellulare **Dati non disponibili**

Indirizzo E-MAIL **Indirizzo PEC**

Studente SI NO **Parente del D.L.** SI NO **Persone a carico** SI NO **Tutela INPS in caso di malattia comune** SI NO

Tipologia di lavoratore **Tipologia di contratto**

Data assunzione II / / **Data fine rapporto di lavoro II** / /

CCNL - Settore lavorativo CNEL **CCNL - Categoria CNEL**

Qualifica assicurativa
INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE; ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE (ART. 4 N. 5 D.P.R. 1124/65)

Voce professionale

Nominativo dei Genitore - Attenzione: se genitori separati indicare nome del genitore a cui il minore è affidato

Cognome **Nome**

Prefisso internazionale/Telefono abitazione

Prefisso internazionale/Telefono cellulare

Cognome **Nome**

Prefisso internazionale/Telefono abitazione

Prefisso internazionale/Telefono cellulare

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

Luogo dell'evento/Località dei lavori/unità produttiva

Indirizzo

Nazione

Comune

Prov. CAP

Infortunio
in itinere SI NOIncidente con mezzo di
trasporto SI NOIncidente
stradaleIncidente
ferroviarioIncidente
aereoIncidente
navale

Altro

Data evento

 / /

Alle ore

 : Durante quale ora di
lezione/lavoro (1ª, 2ª ecc.)L'infortunato ha abbandonato il
luogo di lavoro SI NO / /

Alle ore

 :

Giorno festivo

 SI NODurante il turno di
notte SI NO**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO**

In che modo e' avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE

Dove e' avvenuto l'infortunio?

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

Era il suo lavoro consueto?

 SI NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore/alunno?

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

In conseguenza di ciò che cosa e' avvenuto?

Se l'infortunio e' avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Data, _

Dichiarante

Indirizzo

Città

Telefono

Firma dichiarante

SEZIONE TESTIMONI

Testimone 1

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Firma testimone 1

Testimone 2

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Firma testimone 2

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

Autorita' di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi

Veicolo 1

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Veicolo 2

Targa veicolo

Compagnia assicurativa o impresa designata

DATI DEL CONDUCENTE

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE

Cognome

Nome

Indirizzo

Prefisso internazionale/Telefono

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Denuncia da compilare a cura dell'insegnante presente al fatto, da consegnare in segreteria al fine di effettuare denuncia on line.

– DATI INFORTUNATO / DANNEGGIATO

DANNEGGIATO	ALUNNO	PERSONALE SCOLASTICO	CORSISTA	ESTERNO			
COGNOME E NOME:						CLASSE:	
CODICE FISCALE:							
NATO A:						IL:	
RESIDENTE A:						CAP:	
VIA:						N°:	

– NOMINATIVO DEI GENITORI

Attenzione: se genitori separati indicare nome del genitore a cui il minore è affidato

COGNOME E NOME:															
CODICE FISCALE:															
COGNOME E NOME:															
CODICE FISCALE:															
RECAPITI TELEFONICI DELLA FAMIGLIA:	CASA:											CELL:			

– DATI DEL SINISTRO

DATA DEL SINISTRO:		ORA:	
LUOGO DI ACCADIMENTO:			
TESTIMONI PRESENTI AL FATTO:			
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADIMENTO:			
LESIONI FISICHE E/O DANNI MATERIALI RISCONTRATI DAL DOCENTE			

DATA		DOCENTE DICHIARANTE:	
FIRMA DEL DOCENTE:			
FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO:			