

RACCOLTA DATI PER DENUNCIA DI INFORTUNIO

COGNOME _____

NOME _____

MANSIONE _____

IL DATORE DI LAVORO ERA PRESENTE? _____

L'INFORTUNATO SI TROVAVA PRESSO UN'ALTRA AZIENDA? _____

se SI, indicare Ragione Sociale e Codice Fiscale _____

LUOGO DELL'INFORTUNIO (indirizzo) _____

DATA EVENTO _____ ORA EVENTO _____

DATA ABBANDONO LUOGO DI LAVORO _____ ORA ABBANDONO LUOGO DI LAVORO _____

ORARIO DI LAVORO CHE DOVEVA SVOLGERE IL DIPENDENTE _____

IN CHE MODO E' AVVENUTO L'INFORTUNIO? _____

CHE TIPO DI LAVORAZIONE IN PARTICOLARE STAVA SVOLGENDO L'INFORTUNATO? _____

DATA IN CUI IL DATORE DI LAVORO HA RICEVUTO IL PRIMO CERTIFICATO _____

ATTENZIONE!

1. L'obbligo di trasmissione della denuncia telematica entro 1gg decorre dalla data di ricezione del primo certificato me
2. L'infortunato non potrà riprendere il lavoro fino a quando non sarà in possesso del certificato di chiusura dell'infortunio (definitivo) dove viene riportata la data di ripresa del lavoro.

PER INFORTUNIO IN ITINERE

Autorità intervenuta _____

VEICOLO 1:

Targa: _____

Compagnia Assicurativa _____

Dati proprietario (nome, cognome, indirizzo) _____

Dati conducente (nome, cognome, indirizzo) _____

VEICOLO 2:

Targa: _____

Compagnia Assicurativa _____

Dati proprietario (nome, cognome, indirizzo) _____

Dati conducente (nome, cognome, indirizzo) _____

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO
