

barrare il modulo di utilizzo

Dati Descrittivi l' infortunio / incidente / situazione pericolosa

Lavoratore: cell.:

Mansione Qualifica

(Operaio/Impiegato/Dirigente ecc.)

Data evento ____/____/____ alle ore ____:____
(HH 24 ore) (min) (1MA, 2da ecc.) durante quale ora lavorativa ora inizio lavoro: ____:____
 ORARIO SPEZZATO: SI NO ora fine lavoro: ____:____

Pronto soccorso di: Primo certif. Medico SI NO prognosi gg:

A seguito dell'Infortunio il Lavoratore ha abbandonato il lavoro? SI NO il giorno: ____/____/____ alle ore ____:____

incidente con mezzo di trasporto? SI NO alla GUIDA a BORDO

Incidente stradale con? Moto/Bici Privata Auto Privata Mezzo Pubblico Mezzo Scuolabus Auto aziendale Altro Mezzo Aziendale Incidente Ferroviario

Rilievi effettuati dai Vigili Urbani /Poliz./Carab. ? SI NO

Il Dip. indossava I DPI Aziendali previsti? SI NO quali DPI erano previsti?

Se presenti testimoni riportare cognome e nome e cell.:

Cantiere /Luogo dell'evento

indirizzo (via ecc.)

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

Spazio riservato al Protocollo Aziendale

In particolare al momento dell'evento :

Dove era il Dipendente (luogo preciso)? (Cucina, aula, serv. igienici, strada ecc...) Attiv. svolta abitualmente: (Pulim., Ass. Scol. , Add Refez. , Manut Verde, Pulim. Verde, ecc..)

in particolare che azione stava compiendo? che cosa è successo di imprevisto?

In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? Sede Lesione (mano, piede, occhio, etc.)

NATURA LESIONE (contusione, frattura, ferita, ustione)

Nel confermare quanto sopra riportato sono consapevole che tali dati verranno utilizzati dall'Azienda per effettuare la denuncia di Infortunio all'INAIL così come previsto dalla normativa vigente

____/____/____ in fede _____ Firma dell'Infortunato / incidentato

Parte da compilare SOLO se non è presente la firma dell'infortunato:

Motivo: infortunato impossibilita alla firma
 altro

Fonte e data della notizia:

Compilatore PREPOSTO OP.QUAL. RSPP ASPP ALTRA Persona

DATA e Firma del Compilatore

Spazio riservato alla Azienda

Il Datore Di Lavoro ha saputo del fatto il giorno: ____/____/____ Infortunio "In Itinere" ? SI NO