

Modulo di raccolta dati per infortunio sul lavoro - 1^a parte**RACCOLTA DATI RELATIVI A INFORTUNIO SUL LAVORO***(da inoltrare tempestivamente all'Ufficio Amministrazione del Personale completo di tutte le informazioni)*

Dati dell'infortunato:

C.I.D. _____ Società _____
reperibile nel cedolino paga

Cognome _____ Nome _____

Grado _____ Mansione ricoperta _____

Data dell'infortunio _____ Ora _____

Luogo dell'infortunio *(indicare l'indirizzo completo)* _____L'infortunio è avvenuto sul posto di lavoro? SI NOL'infortunio è avvenuto in itinere? SI NO
(in caso di risposta affermativa compilare anche la 2^a parte del modulo)

Lo scrivente è venuto a conoscenza dell'infortunio in data _____

Lo scrivente era presente sul posto al momento dell'infortunio? SI NO

Data ricezione del primo certificato medico _____

Prognosi infortunio dal _____ al _____
(assenza giustificata con causale MIN)

Giorni/ore lavorati nonostante la prognosi _____

Descrizione sintetica dell'accaduto: _____

Quali autorità di pubblica sicurezza sono intervenute?
(in caso di infortunio in itinere compilare anche la 2^a parte del modulo)

Il Responsabile

Data

Referenti dell'unità organizzativa che hanno seguito la pratica:

MATRICOLA	NOMINATIVO	RECAPITO TELEFONICO

Modulo di raccolta dati per infortunio in itinere - 2^a parte

**RACCOLTA DATI RELATIVI A INFORTUNIO IN ITINERE
DA COMPILARE SOLO IN CASO DI INFORTUNIO IN ITINERE**

e inoltrare tempestivamente all'Ufficio Amministrazione del Personale completo di tutte le informazioni

1) L'orario di lavoro del dipendente è a turni? SI NO; diurno notturno

Mattino: dalle ore alle ore

Pomeriggio: dalle ore alle ore

Sono compresi i giorni festivi e prefestivi SI NO

2) Orario di lavoro che il dipendente doveva osservare il giorno dell'infortunio

3) Esatto luogo in cui il dipendente ha svolto (o doveva svolgere) l'attività il giorno dell'incidente

.....

4) L'incidente si è verificato su strada pubblica o privata?

5) L'incidente si è verificato mentre il dipendente:

stava andando al lavoro stava tornando dal lavoro stava già lavorando

6) Descrizione sintetica dell'incidente e ulteriori notizie ritenute utili all'istruttoria della pratica

.....
.....
.....
.....

le successive domande sono da compilare solo se si tratta di evento occorso mentre il dipendente infortunato stava andando/tornando dal lavoro

7) Distanza tra il luogo di lavoro e l'abitazione del dipendenteKM
(indicare la distanza del solo percorso di andata)

8) Tale tragitto è coperto da mezzi pubblici di trasporto? SI NO

In caso affermativo, i mezzi pubblici coprono l'intero percorso casa/lavoro e lavoro/casa? SI NO

Se coprono il percorso solo parzialmente, indicare la distanza tra la fermata più vicina rispettivamente all'abitazione del dipendentee il luogo di lavoro

Gli orari dei mezzi pubblici sono compatibili con quelli di inizio e termine del lavoro? SI NO

Indicare gli orari di arrivo e di partenza più vicini agli orari di inizio e termine del lavoro:

arrivo ore partenza ore

9) L'incidente si è verificato nel corso del tragitto più breve casa/lavoro? SI NO

Sono state effettuate deviazioni? SI NO

Se SI indicare i motivi

Sono state effettuate delle soste? SI NO

Se SI indicarne i motivi

10) Presso l'Azienda esiste un servizio di mensa interna? SI NO

11) In alternativa, vi sono in zona servizi di ristorazione convenzionati? SI NO

E a che distanza dal luogo di lavoro?

12) Se il dipendente non se ne serve precisarne gli eventuali motivi

.....
.....

Il Responsabile

Data

.....