Al Direttore/Presidente(Datore di Lavoro)

Al Responsabile dell’Ufficio di Sorveglianza Sanitaria

 Inviare via e-mail

**DATI DEL LAVORATORE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso

Data di nascita Luogo di nascita

Codice fiscale

Indirizzo di residenza

Comune Cap

Telefono abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono cellulare Email : @poliba.it

Tipologia di lavoratore:

Per i docenti specificare il ruolo:

Struttura di afferenza :

Indicare il Responsabile della Struttura (Datore di Lavoro) Direttore /Presidente

Telefono Email @poliba.it

Data assunzione dipendente infortunata/o

**INFORMAZIONI SULL’INFORTUNIO**

Luogo dell’evento: Indirizzo (via, piazza… n. civico)

Comune Prov cap Infortunio in itinere € Infortunio con mezzo di trasporto € Infortunio stradale €

Infortunio ferroviario € Infortunio aereo € Incidente navale € Altro

Data evento ora (specificare se nella 1a, 2 a, … ORA di lavoro)

L’infortunato ha abbandonato il posto di lavoro SI alle ore

 NO

Il datore di lavoro era presente quando è avvenuto l’infortunio SI € NO

**DATI CERTIFICATO MEDICO, intestato INAIL, DA CUI SCATURISCE L’OBBLIGO DI DENUNCIA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO (ai sensi dell’art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.)**

Allegare copia del certificato medico di infortunio.

Indicare se Prognosi riservata €

Breve descrizione dell’infortunio (in caso di infortunio in itinere, indicare se sono coinvolti altri veicoli):

Luogo in cui si è verificato:

Al momento dell’infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? :

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l’infortunio? (es.: ha perso l’equilibrio, ecc…) :

Indicare i nominativi di eventuali testimoni dell’ accaduto :

In caso di infortunio provocato da circolazione di veicoli a motore, indicare cognome, nome, indirizzo e telefono dei conducenti e dei proprietari dei veicoli coinvolti; numeri di targa compagnie assicuratrici, autorità intervenuta

Data

X Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

 Firma del lavoratore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_