

TIMBRO Di ARRIVO (Riservato all'INAIL)

INAIL

Caso N. Riservato all'INAIL  
Data di spedizione - Riservato all'INAIL

ALL'INAIL di

Via

Cap

Città

## DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome Nome  
Codice Fiscale Nato a  
GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile  
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico  
Comune Prov. Cap  
Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro  
Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)  
Contratto collettivo naz. GG MM PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L. Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale  
Codice Ditta C/C Codice Fiscale  
DITTA ARTIGIANA Amministrazione statale Codice ministero  
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico  
Comune Prov. Cap  
Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori  
Lavorazione svolta Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO IN (7) vedi Istruzioni IN LIRE IN EURO  
Oraria Ore Sett. A Giornaliera Mensile-mensilizzata Convenzionale Artigiana Indicare l'importo B  
LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE  
Importi c Ore Sett. D GG MM AAAA GG MM AAAA  
ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO  
Importo: straordinario E Importo: festività lavorate di domenica F Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio G  
Importo: diaria trasferta H Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L  
Tredicesima mensilità In% M oppure Importo N In% O oppure Giorni P  
Premio di produzione In% Q oppure Importo R  
Altre mensilità aggiuntive In% S oppure Importo T  
Accantonamento cassa edile In% U  
Somma richiesta esclusivamente per la quadratura automatica degli importi, dei campi: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)  
Totale generale

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA**

**RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE**

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione dei cognome, nome, data di nascita e la data dell'infortunio.

**IL DATORE DI LAVORO:**

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare il quadro sul retro delle copie "C e W".

**SEDE INAIL COMPETENTE**

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di L. 50.000 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da L. 1.000.000 a L. 3.000.000 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 5611/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

La presente denuncia deve essere usata per gli infortuni avvenuti ai lavoratori:

- dell'industria, dell'artigianato, del terziario e altro;
- subordinati a tempo indeterminato dell'agricoltura;
- dipendenti della Pubblica Amministrazione;
- studenti delle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado.

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

**NOTE**

(1) SESSO: M = MASCHIO  
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE  
2 = CONIUGATO/A  
3 = VEDOVO/A  
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A  
6 = TUTELATO/A  
7 = MINORE

**TIPOLOGIA DI LAVORO**

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a montatore di .... installatore di meccanico, operatore di macchine per ...

**(6) QUALIFICA**

01 = Dirigente 02 = Direttivo-quadro 03 = Impiegato o intermedio 04 = Operaio specializzato 05 = Operaio comune 06 = Sovrintendente 07 = Lavoratore a domicilio 08 = Viaggiatore - piazzista 09 = Medico radiologo 10 = Imprenditore agricolo	11 = Detenuto 12 = Ricoverato in casa di cura 13 = Religioso/a 14 = Artigiano 15 = Esercente attività commerciale 16 = Apprendista artigiano 17 = Apprendista non artigiano 18 = Tirocinante 19 = Contratto formazione lavoro 20 = Borsista	21 = Stagista 22 = Piano inserimento professionale 23 = Allievo corsi qualificazione 24 = Istruttore corsi qualificazione 25 = Studente 26 = Sportivo professionista 27 = Addetto a lavoro socialmente utile
99 = Altro (indicare in chiaro)		

**(7) DATI RETRIBUTIVI**

Quando gli importi vengono indicati in lire gli stessi devono essere riportati nello spazio che precede la virgola

Esempio: L. 1.385.400        ,

Quando gli importi vengono indicati in euro la cifra INTERA dovrà essere divisa da quella DECIMALE attraverso la virgola

Esempio: EURO 134,43    ,

**La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:**

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

**L'INFORTUNIO E' AVVENUTO**

GG / MM / AAAA      Ora      Comune di      Prov.      Cap

Codice ISTAT Comune      Codice ASL      Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?      Durante il turno di notte?  SI  NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro?  SI  NO      GG      MM      AAAA      Ora

Il datore di lavoro ha saputo dei fatto il      GG      MM      AAAA      Ha ricevuto il primo certificato medico il      AAAA      MM      AAAA

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO**

In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

**IN PARTICOLARE:**

Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. manutenzione, costruzione, restauro, pulizia, conduzione mezzo di trasporto)

Era il suo lavoro consueto?      Si       Si (saltuariamente)       NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

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

**CHE TIPO DI LESIONE HA PROVOCATO L'INFORTUNIO?**

Natura della lesione (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione (es. mano destra, piede sinistro, torace)

Il datore di lavoro era presente?  SI  NO      Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?  SI  NO      Se ha risposto no, perché?

**INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)**

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

DATA .....

TIMBRO E FIRMA.....

Provincia di ..... Comune di .....

Persone rimaste lese nel medesimo infortunio ..... La lesione ha avuto per conseguenza la morte? ..... sembra poterla avere? .....

sembra poter avere per conseguenza l'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale? ..... per quanti giorni si presume che possa durare

l'inabilità temporanea al lavoro? ..... entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? .....

nome, cognome e residenza di coloro ai quali il Tribunale deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124165:

- dei titolare o legale rappresentante della ditta .....

- dell'infortunato o dei superstiti dei lavoratore .....

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTO INDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA .....

FIRMA .....

**RICEVUTA CHE L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA DEVE RESTITUIRE ALLA PERSONA CHE PRESENTA LA DENUNCIA**

Provincia di ..... Comune di .....

Si dichiara che la Ditta ..... con sede in .....

ha presentato al sottoscritto il giorno ..... dei mese di ..... 20 .... denuncia di infortunio occorso a n. ....

persone (cognome e nome) .....

il giorno ..... dei mese di ..... 20 .... nel Comune di .....

Timbro  
dell'Ufficio

.....  
firma dell'autorità che riceve la denuncia