



www.colf.info

LA DENUNCIA DI INFORTUNIO

IL MODULO DA COMPILARE E DA INVIARE ALL'INAIL ED ALLA QUESTURA
LO TROVATE CLICCANDO SULL'ULTIMO PULSANTE A SINISTRA DEL MENU' GENERALE – PUNTO 12

1. TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DA PARTE DEL LAVORATORE

Il **dipendente**, in caso di **infortunio** sul lavoro con una diagnosi superiore **ai 3 giorni**, ha l'obbligo di trasmettere, subito, al suo datore di lavoro ed all'INAIL il 1° certificato rilasciato dal medico che presta le prime cure o da quello rilasciato dal pronto soccorso.

Evitate ritardi nella comunicazione perché comporteranno la perdita, per il lavoratore, delle indennità relative al periodo anteriore alla denuncia.

2. TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

Il **datore di lavoro** ha l'obbligo di denunciare all'INAIL gli **infortuni** sul lavoro con prognosi superiore ai 3 giorni, entro il termine di **due giorni** dal ricevimento del certificato medico attestante l'evento e la durata di inabilità (in caso di infortuni inizialmente giudicati guaribili nei tre giorni, i due giorni partiranno dal quarto giorno di convalescenza del lavoratore).

In caso di **infortunio mortale o per il quale si prevede pericolo di morte del lavoratore** i termini si riducono alle **24 ore** e la denuncia, dovrà essere inviata a mezzo telefono, fax, telegramma o mezzo informatico.

La **malattia professionale** dovrà essere denunciata entro il termine di **cinque giorni** dalla data del ricevimento del 1° certificato medico.

3 - PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA

La denuncia all'autorità di pubblica sicurezza di infortuni e di malattie professionali è necessaria in presenza di prognosi uguali o superiori ai 3 giorni nei medesimi termini previsti per la presentazione della denuncia all'INAIL. L'obbligo entro le 24 ore rimane per gli infortuni mortali e per quelli con prognosi superiore ai 3 giorni. L'autorità di pubblica sicurezza è quella del Comune in cui è avvenuto l'infortunio.

L'omessa, incompleta o tardiva denuncia costituisce un illecito amministrativo ed è punita con una sanzione pecuniaria ovvero l'omessa denuncia all'autorità di PS prevede una sanzione amministrativa minima di euro 1.290,00 e massima di euro 7.745,00.

MA ATTENZIONE:

Alcuni importanti aspetti relativi alle sanzioni amministrative ed alla diffida obbligatoria di cui all'art.13 del **Dlgs n. 124/2004**, sono chiariti dall'**INAIL** con la Nota 9 ottobre 2007, tenendo conto che la **legge 123/2007**, di riforma della sicurezza sul lavoro, ha esteso tale potere anche al personale amministrativo degli Enti previdenziali.

A partire dal 25 settembre scorso, i datori di lavoro responsabili di violazioni amministrative sanabili, potranno ricorrere all'agevolazione del pagamento della sanzione minima a seguito di diffida obbligatoria anche quando la violazione fosse stata rilevata da funzionari amministrativi.

La nota specifica, poi, l'iter procedurale che i funzionari amministrativi dovranno seguire nel caso rilevino violazioni in materia di "prestazioni", in particolare l'omessa o tardata denuncia di infortunio e malattia professionale ai sensi dell'art. 53 T.U.

Si elencano di seguito le tre ipotesi descritte nella nota:

1) La sede INAIL riceve il certificato medico di infortunio o malattia professionale ma non

riceve la denuncia del datore di lavoro, in questo caso provvederà a richiedere al datore di lavoro la denuncia attraverso apposito atto istruttorio (modulo 1 e 1 bis allegati alla nota).

2) Se il datore di lavoro non invia la denuncia entro i termini prescritti ai sensi dell'articolo 53 commi 1 e 5 del D.P.R. 1124/1965, l'INAIL invierà una diffida tramite il modulo allegato alla nota della Direzione centrale rischi INAIL 27 agosto 2007, la sanzione applicata in questo caso sarà di euro 1290,00.

3) Qualora il datore di lavoro non dovesse osservare i termini della diffida per l'invio della denuncia e per il pagamento della sanzione in misura minima, l'INAIL procederà alla contestazione della violazione tramite l'apposito modulo allegato alla nota, la sanzione applicabile in questo caso potrà variare tra 1290,00 e 7745,00 euro.



117P11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

DI ADDETTI A SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E
A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____

GG MM AAAA Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso (1) _____ Stato civile (2) _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Codice ASL _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____

Contratto collettivo naz. _____ Data di assunzione: GG - MM - AAAA _____

Tipologia di lavoro (3) _____ (4) _____

PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L.

SI NO SI NO

Codice INPS _____ Cognome e nome o ragione sociale (5) _____

Codice Fiscale _____

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 _____

DATI RETRIBUTIVI ESPOSTI (6) vedi istruzioni

DATORE DI LAVORO CHE HA EFFETTUATO LA DENUNCIA

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: (7) ORE N. RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8) , Importo

RISERVATA AL LAVORATORE

	ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA (Indicare: cognome, nome e indirizzo)	Durata normale settimana di lavoro ORE (7)	RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8)
1	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>



117P12

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 Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora GG MM AAAA GG MM AAAA Il datore di lavoro ha saputo del fatto il Ha ricevuto il primo certificato medico il

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

[Empty text box for description of the accident]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. cucina, bagno, balcone, scala)

[Empty text box for location of the accident]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. cucinava, stirava, puliva)

[Empty text box for type of work] Era il suo lavoro consueto? SI saltuariamente NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. puliva i vetri, utilizzava l'aspirapolvere, utilizzava i fornelli)

[Empty text box for specific activity]

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. ha perso l'equilibrio, si è rotto un vetro, si è verificata una dispersione di corrente)

[Empty text box for unexpected event]

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, caduto al suolo, ferito dal coltello)

[Empty text box for consequences] Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

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?

[Empty text box for reasons if not present]

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

[Empty text box for witnesses]

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

[Empty text box for vehicle and insurance details]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



117P11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

DI ADDETTI A SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero)

Contratto collettivo naz. Data di assunzione: GG - MM - AAAA / /

Tipologia di lavoro (3) (4)

PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L.

SI NO SI NO

Codice INPS Cognome e nome o ragione sociale (5)

Codice Fiscale

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

DATI RETRIBUTIVI ESPOSTI (6) vedi istruzioni

DATORE DI LAVORO CHE HA EFFETTUATO LA DENUNCIA

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: (7) ORE N. RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8) , Importo

RISERVATA AL LAVORATORE

	ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA (Indicare: cognome, nome e indirizzo)	Durata normale settimana di lavoro ORE (7)	RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



4P42

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 Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? Comune di Prov.

Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora

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

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

Empty text box for description of the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. cucina, bagno, balcone, scala)

Empty text box for location of the accident.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. cucinava, stirava, puliva)

Empty text box for type of work.

Era il suo lavoro consueto? SI saltuariamente NO

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. puliva i vetri, utilizzava l'aspirapolvere, utilizzava i fornelli)

Empty text box for specific activity.

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. ha perso l'equilibrio, si è rotto un vetro, si è verificata una dispersione di corrente)

Empty text box for unexpected event.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, caduto al suolo, ferito dal coltello)

Empty text box for consequences.

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

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?

Empty text box for reasons if no.

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

Empty text box for witnesses.

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

Empty text box for vehicle/boat accident details.

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

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

Empty text box for nature of injury.

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

Empty text box for location of injury.

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



117P12

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form fields for accident details: GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte? (SI, NO), Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'infortunato ha abbandonato il lavoro? (SI, NO), GG, MM, AAAA, Ora, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG, MM, AAAA, Ha ricevuto il primo certificato medico il GG, MM, AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

Text area for describing the accident details.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. cucina, bagno, balcone, scala)

Text area for location details.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. cucinava, stirava, puliva)

Text area for work type and checkboxes for 'Era il suo lavoro consueto?' (SI, saltuariamente, NO)

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. puliva i vetri, utilizzava l'aspirapolvere, utilizzava i fornelli)

Text area for specific activity during the accident.

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. ha perso l'equilibrio, si è rotto un vetro, si è verificata una dispersione di corrente)

Text area for unexpected events.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, caduto al suolo, ferito dal coltello)

Text area for consequences and a checkbox for 'Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri'

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

Text area for listing witnesses.

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

Text area for vehicle and insurance details.

La lesione ha provocato la morte? [SI] [NO] sembra poterla provocare? [SI] [NO] sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? [SI] [NO]

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta

- infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro dell'Ufficio

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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

- addetti a servizi domestici e familiari;
- addetti ai servizi di riassetto e pulizia dei locali (D.P.R. 1403/1971).

La denuncia di infortunio per gli addetti ai servizi domestici e familiari ed ai servizi di riassetto e pulizia di locali 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).

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

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:

- 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, inoltre, deve:

- inviare, per gli infortuni con prognosi superiore a tre giorni, 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 D";
- indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che, in caso d'infortunio, il **LAVORATORE** deve informare immediatamente il datore di lavoro 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)
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

(5) Indicare, in caso di Comunità religiose o convivenze militari di tipo familiare, la denominazione della Comunità o convivenza e le generalità del legale rappresentante.

(6) DATI RETRIBUTIVI ESPOSTI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4
--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---

(7) Se l'infortunato ha iniziato le prestazioni da meno di una settimana, deve essere indicata la durata oraria settimanale pattuita al momento dell'assunzione.

(8) Indicare la retribuzione convenzionale oraria alla quale è commisurato il contributo dovuto trimestralmente all'INPS.



117P11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

DENUNCIA D'INFORTUNIO DI ADDETTI A SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____

GG / MM / AAAA Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso (1) _____ Stato civile (2) _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Codice ISTAT Comune _____ Codice ASL _____ Telefono (Prefisso/Numero) _____

Contratto collettivo naz. _____ Data di assunzione: GG - MM - AAAA _____

Tipologia di lavoro (3) _____ (4) _____

PERSONE A CARICO _____ PARENTE DEL D.L. _____

SI NO SI NO

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Codice INPS _____ Cognome e nome o ragione sociale (5) _____

Codice Fiscale _____

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 _____

DATI RETRIBUTIVI ESPOSTI (6) vedi istruzioni

DATORE DI LAVORO CHE HA EFFETTUATO LA DENUNCIA

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: (7) ORE N. RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8) , Importo

RISERVATA AL LAVORATORE

	ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA (Indicare: cognome, nome e indirizzo)	Durata normale settimana di lavoro ORE (7)	RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA (8)
1	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>



117P12

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 Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora GG MM AAAA GG MM AAAA Il datore di lavoro ha saputo del fatto il Ha ricevuto il primo certificato medico il

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

[]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. cucina, bagno, balcone, scala)

[]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. cucinava, stirava, puliva)

[] Era il suo lavoro consueto? SI [] saltuariamente [] NO []

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. puliva i vetri, utilizzava l'aspirapolvere, utilizzava i fornelli)

[]

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. ha perso l'equilibrio, si è rotto un vetro, si è verificata una dispersione di corrente)

[]

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, caduto al suolo, ferito dal coltello)

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

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

[]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

La lesione ha provocato la morte? SI [] NO [] sembra poterla provocare? SI [] NO [] sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? SI [] NO [] Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): - titolare o legale rappresentante della ditta - infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

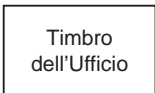
DATA FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA



SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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

- addetti a servizi domestici e familiari;
- addetti ai servizi di riassetto e pulizia dei locali (D.P.R. 1403/1971).

La denuncia di infortunio per gli addetti ai servizi domestici e familiari ed ai servizi di riassetto e pulizia di locali 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).

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

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:

- 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, inoltre, deve:

- inviare, per gli infortuni con prognosi superiore a tre giorni, 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 D";
- indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che, in caso d'infortunio, il **LAVORATORE** deve informare immediatamente il datore di lavoro 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)
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

(5) Indicare, in caso di Comunità religiose o convivenze militari di tipo familiare, la denominazione della Comunità o convivenza e le generalità del legale rappresentante.

(6) DATI RETRIBUTIVI ESPOSTI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4					4	3
--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	---	---

(7) Se l'infortunato ha iniziato le prestazioni da meno di una settimana, deve essere indicata la durata oraria settimanale pattuita al momento dell'assunzione.

(8) Indicare la retribuzione convenzionale oraria alla quale è commisurato il contributo dovuto trimestralmente all'INPS.