Al Direttore/Presidente (Datore di Lavoro)

Al Responsabile dell’Ufficio di Sorveglianza Sanitaria

e-mail: francesca.coniglio@poliba.it

**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 ss.mm.ii.)**

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

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