



MODALITA': **PRATICA COMUNICAZIONE INFORTUNIO** DITTA

Cognome e nome dell'infortunato _____

L'infortunio è avvenuto il _____ alle ore _____ nel Comune di _____
Via _____

L'infortunato ha abbandonato il lavoro alle ore _____

Il datore di lavoro: - è venuto a conoscenza del fatto il _____
- ha ricevuto il primo certificato medico il _____

Descrizione dettagliata dell'infortunio (cause e circostanze) : **compilare modulo dichiarazione dip. infortunato**

In particolare:

- dove è avvenuto l'infortunio? (es. magazzino, strada, cantiere, officina, ufficio, ecc...) _____
- che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, conduzione mezzi trasporto, pulizia, ecc...) _____

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: _____

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

Consegna allo studio dei seguenti documenti:

- **certificato medico in originale rilasciato dal Pronto Soccorso firmato entrambe le parti;**
- **fotocopia constatazione amichevole in caso di incidente stradale.**

Lo studio predispose la denuncia di infortunio e invia una copia all'INAIL e una copia all'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA del Comune dove è avvenuto l'infortunio

GLI INFORTUNI DEVONO ESSERE DENUNCIATI:

- **ENTRO 48 ORE DAL MOMENTO IN CUI IL DATORE DI LAVORO NE E' VENUTO A CONOSCENZA**
- **ENTRO 24 ORE PER GLI INFORTUNI MORTALI**

I CERTIFICATI MEDICI DI PROSEGUO E/O DI GUARIGIONE DEVONO ESSERE INVIATI ALL'INAIL, PERTANTO IL DATORE DI LAVORO:

provvederà a spedire gli originali dei certificati al seguente indirizzo: INAIL di VARESE - CASELLA
POSTALE 265 - 21100 VARESE e a consegnare una fotocopia allo studio;
consegnerà i certificati allo studio, che provvederà alla spedizione all'Inail.

Onorario € 90,00

Data.....

Firma ditta per accettazione.....