



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. reservation

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date reservation

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Form section 1: Worker details including name, fiscal code, address, profession, and contract type.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form section 2: Employer details including company name, address, and work location.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form for reporting remuneration data: Oraria, Ore Sett., Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in remuneration bases: Importi, Ore Sett., GG, MM, AAAA.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for reporting additional remuneration elements: Importo straordinario, festività lavorate, prestazioni in natura, etc.

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 + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Form for total sum calculation: Totale generale

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI



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? 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 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, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[ ]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[ ] Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente SI [ ] 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, arava il campo)

[ ]

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 [ ]

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)

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



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Form section 1: Personal and employment details (Cognome, Nome, Codice Fiscale, etc.)

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form section 2: Employer details (Posizione assicurativa territoriale, Codice Ditta, etc.)

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form section 3.1: Retribution data (Oraria, Ore Sett., Giornaliera, etc.)

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form section 3.2: Change in retributive bases (Importi, Ore Sett., GG, MM, AAAA)

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form section 3.3: Additional retribution elements (Importo straordinario, festività lavorate, etc.)

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 + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Form section 3.4: Total sum (Totale generale)



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? SI NO Comune di GG MM AAAA 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 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, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[ ]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[ ]

Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente SI [ ] 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, arava il campo)

[ ]

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 [ ]

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) [ ]

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 .....





4P42

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?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'fortunato ha abbandonato il lavoro?, 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 anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Large text box for describing the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Text box for location of the accident.

Form fields for work type: Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico) and Era il suo lavoro consueto? SI, saltuariamente, NO.

Text box for activity at the time of the accident: Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

Text box for cause of accident: 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)

Text box for consequences: In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) and Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri.

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

Text box 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 box for details of vehicle accidents.

Form for medical and legal questions: La lesione ha provocato la morte? sembra poterla provocare? sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? 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. Includes a stamp box for '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 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 del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**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 i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

**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 euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

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

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  
6 = Giornaliero

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**

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.**

**AGRICOLTURA**

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

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI e PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

Esempio: EURO 134,43 

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

 , 

4	3
---	---



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Form for worker details: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, 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 (8) vedi istruzioni

Form for retributive data: 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

Form for retributive base changes: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for additional retributive elements: 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 M, Premio di produzione O, Altre mensilità aggiuntive S, Importo N, Importo R, Importo T, Accantonamento cassa edile U, Totale generale

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 + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Grid for total sum





101A11

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

Form fields for accident details: 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, Ha ricevuto il primo certificato medico il

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)

Text area for accident description

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Text area for location of accident

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Text area for type of work and status: Era il suo lavoro consueto? SI [ ] saltuariamente SI [ ] 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, arava il campo)

Text area for what the worker was doing

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)

Text area for unexpected event

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

Text area for consequences and height of fall: 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?

Text area for employer presence and truthfulness

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

Text area 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

Text area for vehicle accidents

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Text areas for lesion type and location: 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 .....

Timbro dell'Ufficio

**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 del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**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 i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

**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 euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

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

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  
6 = Giornaliero

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**

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.**

**AGRICOLTURA**

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 = Detenuto

11 = Ricoverato in casa di cura  
12 = Religioso/a  
13 = Artigiano  
14 = Esercente attività commerciale  
15 = Apprendista artigiano  
16 = Apprendista non artigiano  
17 = Tirocinante  
18 = Contratto formazione lavoro  
19 = Borsista  
20 = Stagista

21 = Piano inserimento professionale  
22 = Allievo corsi qualificazione  
23 = Istruttore corsi qualificazione  
24 = Studente  
25 = Sportivo professionista  
26 = Addetto a lavoro socialmente utile  
99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super  
02 = Operaio specializzato  
03 = Operaio qualificato  
04 = Operaio comune  
05 = Proprietario non coltivatore diretto  
06 = Proprietario coltivatore diretto  
07 = Mezzadro  
08 = Affittuario  
09 = Sovrastante azienda agricola  
10 = Socio cooperativa agricola  
11 = Compartecipante non dipendente

12 = Moglie/figli del proprietario  
13 = Parenti vari del proprietario  
14 = Moglie/figli del coltivatore diretto  
15 = Parenti vari del coltivatore diretto  
16 = Moglie/figli del mezzadro  
17 = Parenti vari del mezzadro  
18 = Moglie/figli dell'affittuario  
19 = Parenti vari dell'affittuario  
20 = Moglie/figli del compartecipante  
21 = Parenti vari del compartecipante  
22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa  
99 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI e PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

Esempio: EURO 134,43

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