



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SOS AFÀRIOS GENERALES, PERSONALE E REFORMA DE SA REGIONE  
ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI, PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

Prot. n.P. 10711-3

Cagliari, 14 APR 2016

- > Alla Presidenza della Regione
  - Ufficio di Gabinetto
  - Direzioni Generali
  - Ufficio Ispettivo
  - Ufficio ENPI
  - Unità di progetto "Eradicazione della peste suina africana"
  - Unità di progetto "Ufficio dell'autorità di audit dei programmi operativi FESR e FSE"
  - Unità di progetto "Ufficio di coordinamento regionale per l'attuazione del piano Sulcis"
- > Agli Assessorati regionali
  - Uffici di Gabinetto
  - Direzioni Generali
  - Centro regionale di programmazione
  - Ufficio del controllo interno di gestione
  - Unità di progetto "Ufficio per la partecipazione regionale ai tavoli tecnici in materia sanitaria"

e p.c. > ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

CGIL - FP

[fpcgilsardegna@pec.fpcgilsardegna.it](mailto:fpcgilsardegna@pec.fpcgilsardegna.it)

CISL - FPS

[sindacato.cisl@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.cisl@pec.regione.sardegna.it)

UIL - FPL

[sindacato.uil@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.uil@pec.regione.sardegna.it)

DIRER - SDIRS

[sdirs@legalmail.it](mailto:sdirs@legalmail.it)

FE.D.R.O.

[sindacato.fedro@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.fedro@pec.regione.sardegna.it)

S.A.DI.R.S

[sindacato.sadirs@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.sadirs@pec.regione.sardegna.it)

S.A.F.

[sindacato.saf@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.saf@pec.regione.sardegna.it)



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UFFICIO REGIONALE DI ASSISTENZA SOCIALE E DI PROTEZIONE CIVILE  
ALTERNATIVE REGIONALI ALLA SANITA' PUBBLICA - PROTEZIONE CIVILE - PROTEZIONE CIVILE - PROTEZIONE CIVILE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

FENDRES - SAFOR - CONFSA  
[fendres-safor@pec.it](mailto:fendres-safor@pec.it)

SIAD – Sindacato Autonomo Dipendenti  
[sindacato.siad@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.siad@pec.regione.sardegna.it)

MSA – Movimento Sindacale Autonomo  
[sindacato.msa@pec.regione.sardegna.it](mailto:sindacato.msa@pec.regione.sardegna.it)

**Oggetto: Nuovi adempimenti in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali.  
Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 - Modifiche agli articoli 53, 54, 56,  
139, 238 e 251 del D.P.R. 1124/1965.**

Il decreto legislativo 14 settembre 2015 n. 151, all'articolo 21, reca varie semplificazioni in materia di adempimenti formali concernenti gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

In particolare l'articolo 53 del D.P.R. 1124/1965, così come modificato dall'art. 21 del decreto legislativo sopra citato dispone che *"qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore"*.

*"Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione"*.

Le modifiche all'art. 53 citato prevedono che il datore di lavoro, fermo l'obbligo di trasmettere la denuncia dell'evento all'Inail, sia esonerato dall'obbligo della trasmissione del certificato medico al quale deve provvedere il medico certificatore che presta la prima assistenza.

Il datore di lavoro dovrà però indicare nella denuncia di infortunio i riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato medico, data di emissione dello stesso e giorni di prognosi) che, ai sensi dell'art. 52 del D.P.R. 1124/1965, dovranno essergli forniti prontamente dal lavoratore infortunato.

Nulla cambia circa gli obblighi del datore di lavoro in merito al fatto che debba inoltrare la denuncia di infortunio all'Istituto entro due giorni (o cinque in caso di malattia professionale) da quello in cui ne ha avuto notizia.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA (UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA)  
UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA (UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA)

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

In attuazione della nuova normativa, i termini per la presentazione delle denunce decorrono dalla "data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico del lavoratore".

Queste modifiche comportano una rivisitazione degli adempimenti procedurali previsti in caso di infortunio o malattia professionale; la circolare di questa Direzione generale n. 16499 del 24 giugno 2013 viene pertanto interamente sostituita dalla presente.

Di seguito si forniscono le principali nozioni in tema di infortuni sul lavoro e malattie professionali e si indicano le procedure da adottare specificando che, ai fini delle procedure in esame, per datore di lavoro si intende il Direttore generale della Direzione presso cui il lavoratore presta servizio o, in caso di servizi periferici, unità di progetto o partizioni amministrative, il Direttore del medesimo servizio, unità di progetto o partizione amministrativa.

Per il personale che presta servizio presso gli uffici di gabinetto per datore di lavoro deve intendersi il Capo di gabinetto.

## INFORTUNI SUL LAVORO

### **1 DEFINIZIONE DI INFORTUNIO**

E' definito infortunio sul lavoro ogni lesione originata, in occasione di lavoro, da causa violenta che determini la morte della persona o ne menomi permanentemente o temporaneamente la capacità lavorativa.

Tre sono pertanto gli elementi che devono sussistere contemporaneamente per configurare un infortunio:

- 1 la lesione
- 2 la causa violenta
- 3 l'occasione di lavoro.

L'art. 12 del D.Lgs. n. 38/2000 ha introdotto, inoltre, il caso particolare dell'infortunio in itinere che riguarda l'infortunio occorso al dipendente durante il normale percorso:

- di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro;
- che collega due luoghi di lavoro se l'azienda ha più sedi di lavoro;
- di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UFFICIO REGIONALE DEL TRAVAIL, DELLA SICURTÀ E DELLA SANITÀ E DEL BENESSERE  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA - VIA S. ANTONIO, 1 - 09100 CAGLIARI (CA) - TEL. 070/5211111

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

Tali percorsi debbono essere normalmente coperti a piedi o con mezzi pubblici.

L'Inail considera infortunio in itinere anche quello occorso nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, ma solo se reso indispensabile dalla mancanza di mezzi pubblici che colleghino l'abitazione del lavoratore al luogo di lavoro o per incongruenza degli orari dei servizi di trasporto pubblico con quelli lavorativi.

## 2 ADEMPIMENTI PROCEDURALI

Il verificarsi dell'infortunio impone al lavoratore (dipendente o dirigente) e al datore di lavoro una pluralità di adempimenti, nei tempi e modalità fissati dalla normativa, che vengono di seguito elencati.

### 2.1. OBBLIGHI DEL LAVORATORE

Il lavoratore, ai sensi dell'art. 52 del D.P.R. 1124/1965, è obbligato a dare immediata notizia alla struttura presso cui presta servizio di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità. Alla medesima struttura deve inoltre:

- 1 comunicare per il primo certificato medico e per gli eventuali certificati di prolungamento prognosi i seguenti dati:
  - il numero identificativo del certificato
  - la data della sua emissione
  - i giorni di prognosi relativi all'evento
- 2 trasmettere una nota con la descrizione delle circostanze in cui è avvenuto l'infortunio, della data, dell'ora, del luogo e della dinamica.

### 2.2. OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

In caso di infortunio dal quale derivi un'astensione dal lavoro superiore a 3 giorni escluso quello dell'evento, come da prognosi desumibile dal primo certificato medico e da comunicazione del lavoratore fatta con le modalità di cui al punto 2.1, il datore di lavoro dovrà predisporre la bozza della denuncia di infortunio (come appresso specificato) e trasmetterla a questa Direzione generale.

Per consentire il rispetto dei termini previsti, le strutture di appartenenza del lavoratore infortunato dovranno trasmettere, entro il giorno successivo a quello in cui il lavoratore ha comunicato i dati del certificato medico, la seguente documentazione:



5/10



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CONFERENZA REGIONALE DEL MEGLIORAMENTO DEL PERSONALE E DELL'AMMINISTRAZIONE  
ALTERNANZA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI E DELL'AMMINISTRAZIONE DELLA REGIONE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

Il datore di lavoro non è tenuto a trasmettere alla scrivente Direzione i documenti necessari all'invio della denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a 3 giorni, tuttavia l'obbligo sorge se la prognosi venga prolungata oltre il terzo giorno; in tal caso i documenti devono essere trasmessi entro il giorno successivo alla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, il datore di lavoro deve direttamente segnalare l'evento all'Inail ed a questa Direzione generale entro ventiquattro ore con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio. Resta fermo comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità sopra descritti.

Si sottolinea che nei casi di denuncia omessa, tardiva, inesatta oppure incompleta, sono previste sanzioni amministrative a carico del datore di lavoro (articolo 53, Testo Unico n. 1124/1965 e successive modifiche e integrazioni).

### **3 REGISTRO DEGLI INFORTUNI**

Il Decreto Legislativo 14 settembre 2015 n.151, al comma 4 dell'art. 21 ha stabilito che *"a decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, e' abolito l'obbligo di tenuta del registro infortuni"*.

## **MALATTIE PROFESSIONALI**

### **4 DEFINIZIONE DI MALATTIA PROFESSIONALE**

La malattia professionale è una patologia la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo (causa diluita e non causa violenta e concentrata nel tempo). La stessa causa deve essere diretta ed efficiente, cioè in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente; il D.P.R. 1124/1965, infatti, parla di malattie contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose. È ammesso tuttavia il concorso di cause extraprofessionali, purché queste non interrompano il nesso causale in quanto capaci di produrre da sole l'infermità.

Per le malattie professionali quindi non basta l'occasione di lavoro come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale o concausale diretto tra il rischio professionale e la malattia.

Il rischio può essere provocato dalla lavorazione che l'assicurato svolge, oppure dall'ambiente in cui la lavorazione stessa si svolge (cosiddetto "rischio ambientale").

L'Inail indennizza i danni provocati dalle malattie professionali prevedendo prestazioni di carattere economico, sanitario e riabilitativo.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA E ASSISTENZA E PREVENZIONE SANITARIA  
UFFICIO REGIONALE DI SANITÀ PUBBLICA E ASSISTENZA E PREVENZIONE SANITARIA

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

## 5 ADEMPIMENTI PROCEDURALI

Anche il verificarsi di una malattia professionale impone al lavoratore (dipendente o dirigente) e al datore di lavoro una pluralità di adempimenti, nei tempi e modalità fissati dalla normativa, che vengono di seguito elencati.

### 5.1. OBBLIGHI DEL LAVORATORE

Il lavoratore, ai sensi dell'art. 52 del D.P.R. 1124/1965, deve informare il datore di lavoro (la struttura presso cui presta servizio) della malattia professionale contratta entro 15 giorni dal manifestarsi dei primi sintomi. Tale obbligo si intende assolto comunicando alla struttura i seguenti dati relativi al certificato di malattia professionale:

- il numero identificativo del certificato
- la data della sua emissione
- l'eventuale periodo di prognosi relativo all'evento (in caso di malattia con astensione al lavoro)

### 5.2. OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

In caso di malattia professionale, come da prognosi desumibile dal certificato medico e da comunicazione del lavoratore fatta con le modalità di cui al punto 5.1, il datore di lavoro dovrà predisporre la bozza della denuncia di malattia professionale e trasmetterla a questa Direzione generale.

Per consentire il rispetto dei termini previsti, le strutture di appartenenza del lavoratore che ha comunicato l'insorgenza della malattia professionale dovranno trasmettere, entro tre giorni da quello in cui il lavoratore ha comunicato i dati del certificato medico, la seguente documentazione:

- 1 il modello di denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi (Mod. 101 R.A.) allegato alla presente circolare, compilato in tutte le sue parti ad eccezione delle sezioni descrizione silicosi/asbestosi e dati retributivi, timbrato e firmato dal datore di lavoro (si richiama in particolare l'attenzione sulla compilazione della sezione "descrizione della malattia professionale" dove tra l'altro andranno indicati il numero identificativo, la data della sua emissione e l'eventuale periodo di prognosi relativi al certificato medico di malattia professionale);
- 2 un prospetto contenente gli elementi aggiuntivi della retribuzione (ore di straordinario, reperibilità, buoni pasto, maggiorazioni, turno, ecc.) maturati dal lavoratore nei 15 giorni precedenti la data di insorgenza della malattia professionale.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AREA ORGANIZZAZIONE, SERVIZI GENERALI E PERSONALE E RELAZIONI CON LA SOCIETÀ  
ASSESSORATO REGIONALE AL LAVORO, TRASPORTI, INFRASTRUTTURE E ROVERMAN, TURISMO E CULTURA

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

La sopra citata documentazione dovrà essere digitalizzata e trasmessa via PEC, agli indirizzi:

- [personale@pec.regione.sardegna.it](mailto:personale@pec.regione.sardegna.it)
- [aagg.previdenza.assistenza@regione.sardegna.it](mailto:aagg.previdenza.assistenza@regione.sardegna.it)
- [emanca@regione.sardegna.it](mailto:emanca@regione.sardegna.it)
- [elschirru@regione.sardegna.it](mailto:elschirru@regione.sardegna.it)

Dopo aver ricevuto la documentazione, il competente Servizio di questa Direzione provvederà ad inviare la denuncia all'Inail, per il tramite del portale dell'Istituto.

Successivamente trasmetterà via mail, all'indirizzo della struttura dalla quale è pervenuta la documentazione relativa alla malattia professionale, una copia della denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi e la "ricevuta di invio" rilasciata dal portale dell'Inail dalla quale è possibile evincere, tra l'altro, il numero identificativo della denuncia attribuito dal sistema, la data e l'ora di invio e la sede Inail competente alla gestione della malattia professionale.

Restano a carico del datore di lavoro gli adempimenti legati all'invio all'Inail, quando da questi richiesto, della seguente documentazione:

- eventuali questionari necessari per inquadrare e definire la malattia professionale denunciata (questionario per malattie da posture incongrue e microtraumi ripetuti, questionario per malattie causate da agenti chimici polveri e fibre nell'industria, etc.);
- documento di valutazione dei rischi relativo alla struttura di appartenenza del dipendente;
- manuali d'uso e manutenzione di eventuali macchine utilizzate dal lavoratore;
- copia dell'eventuale cartella sanitaria di rischio personale redatta dal medico competente, relativa al dipendente;
- esiti di eventuali visite mediche preventive e periodiche.

Una copia degli eventuali questionari e della documentazione richiesta dovrà essere inviata per conoscenza anche alla scrivente Direzione (con il medesimo formato e modalità utilizzati per la trasmissione della denuncia).

Si sottolinea che nei casi di denuncia omessa, tardiva, inesatta oppure incompleta, sono previste sanzioni amministrative a carico del datore di lavoro (articolo 53, Testo Unico n. 1124/1965 e successive modifiche e integrazioni).



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO REGIONALE DEL PERSONALE INFERIORE E SUPERIORE DELLA P. U. L.  
ASSESSORATO REGIONALE DELL'AMMINISTRAZIONE INFERIORE E SUPERIORE DELLA P. U. L.

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

### ASSENZA DAL LAVORO PER RESPONSABILITA' DI TERZI

In tutti i casi in cui si verifichi un evento infortunistico causato da fatto illecito di terzi, anche quando non si tratti di infortunio sul lavoro, l'Amministrazione ha il diritto/dovere di attivare (ex art. 2043 del codice civile) l'azione risarcitoria ai fini del recupero del danno economico determinato dall'assenza dal lavoro del dipendente infortunato.

Un'ipotesi molto frequente è quella dell'incidente stradale che si verifichi in un qualsiasi giorno, anche non lavorativo, causato da un soggetto assicurato, in conseguenza del quale il lavoratore si assenta dal lavoro per infortunio o malattia. In questo caso l'Amministrazione eserciterà l'azione risarcitoria nei confronti dell'assicurazione del soggetto responsabile dell'incidente stradale.

Per consentire l'avvio di detta azione, il lavoratore infortunato è tenuto ad informare la struttura cui è assegnato del motivo dell'assenza stessa, della sua presumibile durata e a consegnare:

- 1 il "modello azione risarcitoria" allegato alla presente circolare compilato in tutte le sue parti;
- 2 copia dell'eventuale modello di constatazione amichevole di incidente (CAI) o denuncia di sinistro presentata alla propria assicurazione;
- 3 copia dell'eventuale verbale dell'autorità di pubblica sicurezza intervenuta sul luogo del sinistro.

La struttura di appartenenza deve trasmettere celermente la documentazione presentata dal lavoratore a questa Direzione generale che provvederà ad avviare l'azione risarcitoria nei confronti del responsabile del sinistro.

La stessa struttura in queste situazioni, per facilitare l'azione risarcitoria, è tenuta a richiedere sempre gli accertamenti medico fiscali all'Azienda sanitaria locale territorialmente competente.

Il lavoratore deve inoltre informare la compagnia assicurativa circa il diritto di rivalsa da parte dell'Amministrazione ed astenersi dall'effettuare transazioni che comprendano le competenze ad esso corrisposte dall'Amministrazione durante il periodo di assenza.

Si richiama infine l'attenzione sulla scrupolosa osservanza delle procedure e degli adempimenti illustrati per non incorrere in eventuali responsabilità per danno nei confronti dell'Amministrazione. Ciò rende anche necessario che gli uffici in indirizzo diano la massima diffusione alla presente circolare tra tutto il personale dipendente.

Eventuali chiarimenti o richieste di informazioni potranno essere richieste a:

Ettore Manca – tel. 070 606 6052 – email: [emanca@regione.sardegna.it](mailto:emanca@regione.sardegna.it)



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PROVINCIA DI CAGLIARI  
REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

Eleonora Schirru – tel. 070 606 6041 – email: [elschirru@regione.sardegna.it](mailto:elschirru@regione.sardegna.it)

La presente circolare sarà pubblicata su INTRAS.

Il Direttore Generale  
Maria Giuseppina Medda

Allegati:

1. Mod. 4 bis R.A. (denuncia/comunicazione di infortunio)
2. Mod. 101 R.A. (denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi)
3. Modello azione risarcitoria

Direttore del Servizio: Maria Adriana Deidda

Responsabile settore: Ettore Manca

**DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

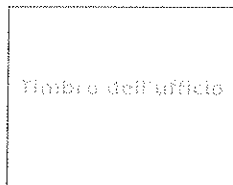
Alla sede Inail \_\_\_\_\_

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

**RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

AUTORITÀ DI P.S.



Si dichiara che il datore di lavoro \_\_\_\_\_ ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza  
\_\_\_\_\_ del Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero  
\_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ data (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Stato civile (1) \_\_\_\_\_  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data di decesso (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) \_\_\_\_\_  
Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_  
Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) \_\_\_\_\_  
Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_  
Indirizzo Email \_\_\_\_\_ Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

Studente (2) ☐ Si ☐ No Parente del datore di lavoro ☐ Si ☐ No Persone a carico ☐ Si ☐ No Tutela Inps in caso di malattia comune ☐ Si ☐ No

Tipologia di lavoratore (3) \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto (4) \_\_\_\_\_

☐ Orizzontale

Percentuale di part-time \_\_\_\_\_

Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento

Tipologia di part-time: ☐ Verticale

☐ Misto

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ %

Dalle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Alle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Data assunzione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) \_\_\_\_\_

CCNL - Categoria CNEL (6) \_\_\_\_\_

Qualifica assicurativa (7) \_\_\_\_\_

Voce professionale Istat (8) \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

☐ **INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

|                      |                                     |                      |
|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Codice fiscale       | Cognome e nome o ragione sociale    |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                |                      |
| Codice ditta         | Posizione assicurativa territoriale | Settore attività (9) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                | <input type="text"/> |
| Tipo polizza (10)    | Voce di tariffa (11)                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                |                      |

☐ **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**

|                                        |                                                   |                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| Codice fiscale amministrazione statale | Amministrazione statale                           |                      |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                              |                      |
| Codice fiscale struttura               | Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore | Codice Inail         |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/> |

☐ **AGRICOLTURA**

|                      |                                  |                            |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Codice fiscale       | Cognome e nome o ragione sociale | Matricola Inps/codice CIDA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>       |

☐ **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**

|                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|--|
| Cognome              | Nome                 |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Codice fiscale       | Codice Inps          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

☐ **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza, ... numero civico)

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione                 | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                | Asl                  |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prefisso internazionale | Telefono             | Indirizzo Email      | Indirizzo Pec        |                      |                      |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |

**UNITÀ PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore**INDIRIZZO dell'UNITÀ PRODUTTIVA o della STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione                 | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                | Asl                  |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prefisso internazionale | Telefono             | Indirizzo Email      | Indirizzo Pec        |                      |                      |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)

|                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione              | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Indirizzo Email      | Indirizzo Pec        |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |

|                                                                     |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore | Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12) |
| <input type="text"/>                                                | <input type="text"/>                                                          |

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE****SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:**☐ **vaglia postale/assegno circolare**

(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011.  
L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

☐ **accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban**

codice Iban

**L'INFORTUNIO È AVVENUTO:**

Luogo dell'evento

Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

Cap

Istat

Asl

Infortunio in itinere

☐ Sì ☐ No

Incidente con mezzo di trasporto

☐ Sì ☐ No

Incidente stradale

☐

Incidente ferroviario

☐

Incidente aereo

☐

Incidente navale

☐

Altro

☐Presso altra azienda ☐ Sì ☐ No

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi ☐ Sì ☐ No

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo

☐ Sì ☐ No

Alle ore

: 

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) Durante il turno di notte

☐ Sì ☐ No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA)

☐ Sì ☐ No

Alle ore

: 

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il

(GG/MM/AAAA)

Il datore di lavoro era presente?

☐ Sì ☐ No

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

☐ Sì ☐ No

Se ha risposto no, perchè?

**DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.****PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i  
riferimenti del primo certificato medico dal  
lavoratorePrognosi riservata ☐Malattia infortunio (13) ☐

Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA

**CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO**

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i  
riferimenti del certificato medico successivo al  
primo dal lavoratore

Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:**

In che modo è avvenuto l'infortunio?

**IN PARTICOLARE:**

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

Era il suo consueto lavoro? ☐ Sì ☐ No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore?

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

Natura della lesione (14)

Sede della lesione (15)

**DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965):**La lesione ha provocato la morte? ☐ Sì ☐ NoSembra poterla provocare? ☐ Sì ☐ NoSembra poter provocare un'inabilità permanente  
assoluta o parziale? ☐ Sì ☐ NoQuanti giorni si presume che possa durare  
l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

La comunicazione della Direzione territoriale del lavoro - Servizio ispezione del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57  
d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

SEZIONE TESTIMONI

**PRIMO TESTIMONE**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

**SECONDO TESTIMONE**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 e s.m.i.), INDICARE:

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

**PRIMO VEICOLO**

|               |                                            |                                                          |
|---------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Targa veicolo | Compagnia assicurativa o impresa designata | Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi |
|               |                                            |                                                          |

**DATI DEL CONDUCENTE:**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

**DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Ragione sociale                                         |        |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

**SECONDO VEICOLO**

|               |                                            |                                                          |
|---------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Targa veicolo | Compagnia assicurativa o impresa designata | Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi |
|               |                                            |                                                          |

**DATI DEL CONDUCENTE:**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

**DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:**

|                                                         |        |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------|--------|-------------------------|----------|-------|
| Cognome                                                 | Nome   |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Ragione sociale                                         |        |                         |          |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) |        | Prefisso internazionale | Telefono |       |
|                                                         |        |                         |          |       |
| Nazione                                                 | Comune | Prov.                   | Cap      | Istat |
|                                                         |        |                         |          |       |

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO):**  
 LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:

☐ Oraria ☐ Ore settimanali ☐ Giornaliera ☐ Mensile/mensilizzata ☐ Convenzionale ☐ Convenzionale artigiana ☐ Voucher  ,  Importo

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**

Retribuzione oraria/mensile pari a  GG/MM/AAAA dal

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

Importo lavoro straordinario  ,  Importo festività cadenti di domenica  ,  Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio  ,   
 Importo diaria - trasferta  ,  Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.  ,  Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati  ,

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**

Tredicesima mensilità  in %  oppure  Importo  ,  Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie  in %  oppure  giorni  
 Premio di produzione  in %  oppure  Importo  ,   in %  oppure   
 Altre mensilità aggiuntive  in %  oppure  Importo  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc.  in %

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore  Retribuzione convenzionale oraria:  ,  Importo

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

|                         |                                           |                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Generalità e recapito   | Durata normale della settimana di lavoro: | Retribuzione convenzionale oraria           |
| 1) <input type="text"/> | N. ore <input type="text"/>               | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| Generalità e recapito   | Durata normale della settimana di lavoro: | Retribuzione convenzionale oraria           |
| 2) <input type="text"/> | N. ore <input type="text"/>               | <input type="text"/> , <input type="text"/> |

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: ☐ Lavoro flessibile ☐ Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno                                                                                                      | N. ore <input type="text"/>                         |
| Retribuzione annua tabellare (16) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria | Importo <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto                                                                                                                     | N. ore <input type="text"/>                         |
| Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto                                                                                                                           | N. ore <input type="text"/>                         |
| Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19)                                            | N. ore <input type="text"/>                         |
| Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento                                                                                                                             | Importo <input type="text"/> , <input type="text"/> |

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

**IL SOTTOSCRITTO**

☐ Datore di lavoro

☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro

☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nato a

II (GG/MM/AAAA)

Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)

Nazione

Comune

Prov. Cap

Istat

Prefisso estero

Telefono

Indirizzo Email

Indirizzo Pec

**DICHIARA**

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

---

---

---

---

---

GG/MM/AAAA

Data

Timbro e firma

**DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE/SILICOSI ASBESTOSI**  
(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.)

Alla sede Inail \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Stato civile (1) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data di decesso (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Istat \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo Email \_\_\_\_\_ Indirizzo Pec \_\_\_\_\_

Studente (2) ☐ Sì ☐ No      Parente del datore di lavoro ☐ Sì ☐ No      Persone a carico ☐ Sì ☐ No      Tutela Inps in caso di malattia comune ☐ Sì ☐ No

Tipologia di lavoratore (3) \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto (4) \_\_\_\_\_

☐ Orizzontale      Percentuale di part-time \_\_\_\_\_      Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento  
Tipologia di part-time: ☐ Verticale      Dalle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
☐ Misto      \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ %

Data assunzione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) \_\_\_\_\_ CCNL - Categoria CNEL (6) \_\_\_\_\_

Qualifica assicurativa (7) \_\_\_\_\_

Voce professionale Istat (8) \_\_\_\_\_

SEZIONE LAVORATORE

☐ **INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

|                      |                                     |                      |
|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Codice fiscale       | Cognome e nome o ragione sociale    |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                |                      |
| Codice ditta         | Posizione assicurativa territoriale | Settore attività (9) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                | <input type="text"/> |
| Tipo polizza (10)    | Voce di tariffa (11)                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                |                      |

☐ **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**

|                                        |                                                   |                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| Codice fiscale amministrazione statale | Amministrazione statale                           |                      |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                              |                      |
| Codice fiscale struttura               | Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore | Codice Inail         |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                              | <input type="text"/> |

☐ **AGRICOLTURA**

|                      |                                  |                            |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Codice fiscale       | Cognome e nome o ragione sociale | Matricola Inps/codice CIDA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>       |

☐ **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**

|                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|--|
| Cognome              | Nome                 |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Codice fiscale       | Codice Inps          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

☐ **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza ecc, ... numero civico)

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione                 | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                | Asl                  |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prefisso internazionale | Telefono             | Indirizzo Email      |                      | Indirizzo Pec        |                      |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |

**UNITA' PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore**INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

|                         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione                 | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                | Asl                  |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prefisso internazionale | Telefono             | Indirizzo Email      |                      | Indirizzo Pec        |                      |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |

Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)

|                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazione              | Comune               | Prov.                | Cap                  | Istat                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Indirizzo Email      | Indirizzo Pec        |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE****SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:**☐ **vaglia postale/assegno circolare**(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011.  
L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)☐ **accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban**

codice Iban

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore 

GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal  (GG/MM/AAAA) al  (GG/MM/AAAA)Prognosi riservata ☐

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia

GG/MM/AAAA

**DESCRIZIONE DELLA MALATTIA**Malattia denunciata Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia **Periodo di esposizione**dal  GG/MM/AAAA dal  GG/MM/AAAA dal  GG/MM/AAAAal  GG/MM/AAAA al  GG/MM/AAAA al  GG/MM/AAAAUltimo giorno di esposizione  GG/MM/AAAAEra adibito direttamente alla lavorazione ☐ Sì ☐ NoIn quale ambiente lavorava? ☐ Aperto ☐ Chiuso ☐ Areato ☐ Insonorizzato ☐ GalleriaDurante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativoMisure di sicurezza e prevenzione adottate **DESCRIZIONE DELLA MALATTIA**Malattia denunciata Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia **Periodo di esposizione**dal  GG/MM/AAAA dal  GG/MM/AAAA dal  GG/MM/AAAAal  GG/MM/AAAA al  GG/MM/AAAA al  GG/MM/AAAAUltimo giorno di esposizione  GG/MM/AAAAEra adibito direttamente alla lavorazione ☐ Sì ☐ NoIn quale ambiente lavorava? ☐ Aperto ☐ Chiuso ☐ Areato ☐ Insonorizzato ☐ GalleriaDurante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativoMisure di sicurezza e prevenzione adottate Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? ☐ Sì ☐ NoSe sì, indicare per quale rischio Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? ☐ Sì ☐ NoSe sì, quali?

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato

Data di rilascio del certificato medico

GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore

GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal

(GG/MM/AAAA)

al

(GG/MM/AAAA)

Prognosi riservata ☐

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia

GG/MM/AAAA

#### DESCRIZIONE DELLA MALATTIA SILICOSI/ASBESTOSI

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia (vedi tabella allegata)

#### Periodo di esposizione

dal GG/MM/AAAA

dal GG/MM/AAAA

dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA

| MANSIONI | NATURA ROCCIA | SILICE LIBERA            |                          | AMIANTO                  |                          | NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI |
|----------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|          |               | SI                       | NO                       | SI                       | NO                       |                                     |
|          |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|          |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|          |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|          |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
|          |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |

Ultimo giorno di esposizione

GG/MM/AAAA

Ore

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto al rischio?

In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativo

L'ambiente di lavoro era polveroso? ☐ Si ☐ No

I materiali trattati e impiegati erano umidi? ☐ Si ☐ No

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? ☐ Si ☐ No

Se sì, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? ☐ Si ☐ No

Se sì, quali?

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO):**  
 LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:

☐ Oraria ☐ Ore settimanali ☐ Giornaliera ☐ Mensile/mensilizzata ☐ Convenzionale ☐ Convenzionale artigiana ☐ Voucher  ,  Importo

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**

Retribuzione oraria/mensile pari a  GG/MM/AAAA dal

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

Importo lavoro straordinario  ,  Importo festività cadenti di domenica  ,  Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio  ,   
 Importo diaria - trasferta  ,  Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.  ,  Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati  ,

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**

Tredicesima mensilità  in %  oppure Importo  ,  Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie  in %  oppure  giorni  
 Premio di produzione  in %  oppure Importo  ,   in %  oppure   
 Altre mensilità aggiuntive  in %  oppure Importo  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc.  in %

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore  Retribuzione convenzionale oraria:  ,  Importo

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

|                         |                                           |                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Generalità e recapito   | Durata normale della settimana di lavoro: | Retribuzione convenzionale oraria           |
| 1) <input type="text"/> | N. ore <input type="text"/>               | <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| Generalità e recapito   | Durata normale della settimana di lavoro: | Retribuzione convenzionale oraria           |
| 2) <input type="text"/> | N. ore <input type="text"/>               | <input type="text"/> , <input type="text"/> |

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: ☐ Lavoro flessibile ☐ Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno                                                                                                      | N. ore <input type="text"/>                         |
| Retribuzione annua tabellare (13) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria | Importo <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| Ore di lavoro settimanali da retribuire (14) al lavoratore in forza di legge o per contratto                                                                                                                     | N. ore <input type="text"/>                         |
| Ore di lavoro settimanali supplementari (15) da retribuire al lavoratore per contratto                                                                                                                           | N. ore <input type="text"/>                         |
| Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (16)                                            | N. ore <input type="text"/>                         |
| Lavoro straordinario (17) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento                                                                                                                             | Importo <input type="text"/> , <input type="text"/> |

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

**IL SOTTOSCRITTO**

☐ Datore di lavoro

☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro

☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nato a

II (GG/MM/AAAA)

Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)

Nazione

Comune

Prov. Cap

Istat

Prefisso estero

Telefono

Indirizzo Email

Indirizzo Pec

**DICHIARA**

- di rendere la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. in qualità di datore di lavoro o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

---

---

---

---

---

GG/MM/AAAA

Data

Timbro e firma

## **ALLEGATO**

### **TABELLA LAVORAZIONI PER LE QUALI È PREVISTA L'ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI (allegato n. 8 al t.u., emanato con d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.)**

#### **"Silicosi"**

- a) Lavori nelle miniere e cave in sotterraneo e lavori in sotterraneo in genere, lavori nelle miniere e cave a cielo aperto e lavori di scavo a cielo aperto, in presenza di roccia contenente silice libera.
- b) Lavori di frantumazione, macinazione, manipolazione di rocce, materiali ed abrasivi contenenti silice libera o che comunque espongano alla circolazione di polvere di silice libera.
- c) Taglio, lavorazione, preparazione, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, adattamento in opera delle rocce e di altri materiali contenenti silice libera o che comunque espongano alla inalazione di polvere di silice libera, taglio, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, eseguiti con impiego di materiali contenenti silice libera (escluse le operazioni di mola utensili, aventi carattere occasionale) o che comunque espongano alla inalazione di polvere di silice libera.
- d) Produzione di mole e abrasivi in genere, di refrattari, di ceramiche, di cemento e del vetro limitatamente alle operazioni su materiali contenenti silice libera o che comunque espongano alla inalazione di polvere di silice libera.
- e) lavori nelle industrie siderurgiche, metallurgiche, meccaniche, nei quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongano alla inalazione di polvere di silice libera.
- f) Produzione di laterizi, comprese le cave di argilla, ed altre lavorazioni nelle quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongano alla inalazione di polvere di silice libera.

#### **"Asbestosi"**

Estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportino impiego ed applicazione di amianto o di materiali che lo contengono o che comunque espongano alla inalazione di polvere di amianto.



**AZIONE RISARCITORIA (art. 2043 C.C.)**

Prospetto da compilare a cura del dipendente

**Dati identificativi del dipendente**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_)

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_ Sede di servizio \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

**Dati incidente**

Data incidente: \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

assente dal lavoro dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Breve descrizione del fatto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veicolo proprio \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Assicurazione (denominazione dell'Agenzia e numero della polizza ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dati identificativi della controparte**

Veicolo del danneggiante \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Proprietario \_\_\_\_\_

Conducente (se diverso dal proprietario) \_\_\_\_\_

Assicurazione (denominazione dell'Agenzia e numero della polizza ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorità competente (polizia, carabinieri, vigili urbani) eventualmente intervenuta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documenti allegati:

- constatazione amichevole di incidente (CAI)
- denuncia di sinistro
- verbale autorità pubblica sicurezza
- n. \_\_\_\_\_ certificati medici
- altro \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



