



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. 16699

Cagliari, 24 GIU. 2013

- > Alla Presidenza della Regione
 - Ufficio di Gabinetto
 - Direzioni Generali
 - Ufficio Ispettivo
 - Ufficio ENPI
- > Agli Assessorati regionali
 - Uffici di Gabinetto
 - Direzioni Generali
 - Centro regionale di programmazione
 - Ufficio del controllo interno di gestione

Oggetto: Infortuni sul lavoro. Obbligo di trasmissione della denuncia/comunicazione di infortunio in modalità telematica a partire dal 1° luglio 2013 - Assenze da lavoro per responsabilità di terzi. Adempimenti.

La materia degli infortuni sul lavoro è caratterizzata da numerosi adempimenti procedurali sui quali questa Amministrazione è già intervenuta in passato.

Si rendono ora necessarie nuove direttive dettagliate tenuto conto delle modifiche normative, del reiterarsi dei quesiti posti sulla materia e, soprattutto, delle ultime disposizioni dell'INAIL che prevedono, a partire dal 1° luglio 2013, l'obbligo di trasmissione della denuncia/comunicazione di infortunio esclusivamente in modalità telematica.

Di seguito si forniscono le principali nozioni in tema di infortuni sul lavoro e si indicano le procedure da adottare.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DEI SOG. AFFARI GENERALI E PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE
ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

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.

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.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

2.1. OBBLIGHI DEL LAVORATORE

Il lavoratore ha l'obbligo di dare immediata notizia alla struttura presso cui presta servizio di qualsiasi infortunio sia rimasto vittima. Alla medesima struttura deve inoltre inviare:

- 1) entro 2 giorni il primo certificato medico, i certificati di prolungamento prognosi, il referto di guarigione clinica;
- 2) 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

Ai fini della procedura 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 o partizioni amministrative, il Direttore del medesimo servizio o partizione amministrativa.

Per il personale che presta servizio presso gli uffici di gabinetto o in staff al Presidente o agli Assessori, per datore di lavoro deve intendersi il Capo di gabinetto.

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, il datore di lavoro dovrà predisporre la bozza della denuncia di infortunio – come appresso specificato - per i lavoratori della propria struttura e trasmetterla a questa Direzione generale che provvederà all'invio della stessa all'INAIL.

Per consentire il rispetto dei termini previsti, le strutture di appartenenza del lavoratore infortunato dovranno trasmettere, entro il giorno successivo al ricevimento del primo certificato medico, la seguente documentazione:

- 1 il modello di denuncia/comunicazione di infortunio (Mod. 4 bis – Prest) allegato alla presente circolare, compilato in tutte le sue parti ad eccezione della sezione dati retributivi, timbrato e firmato dal dirigente responsabile della struttura presso cui il lavoratore presta servizio;
- 2 il primo certificato medico presentato dal lavoratore infortunato;
- 3 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 dell'infortunio.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATU DE SOS A'ANGOS GENERALES PERSONALE E RIFORMA DE SA REGIONE
ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

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
- emanca@regione.sardegna.it
- elschirru@regione.sardegna.it
- angcorona@regione.sardegna.it

Dopo aver ricevuto la documentazione, questa Direzione provvederà ad inviare la denuncia all'INAIL, per il tramite del portale dell'Istituto, e all'autorità di pubblica sicurezza competente per territorio.

Successivamente trasmetterà via mail, all'indirizzo della struttura dalla quale è pervenuta la documentazione relativa all'infortunio, una copia della denuncia/comunicazione 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 dell'infortunio.

Restano a carico del datore di lavoro i seguenti adempimenti:

- l'invio all'INAIL territorialmente competente (quello del comune dove il lavoratore infortunato ha il proprio domicilio), con la massima sollecitudine, degli eventuali certificati di prosecuzione dell'infortunio e il cosiddetto certificato medico "definitivo" con la data di ripresa servizio;
- l'invio all'INAIL, quando da questi richiesto, del "questionario per infortunio in itinere" da compilarsi a cura del datore di lavoro;
- la tenuta del registro degli infortuni di cui al successivo punto 3.

Una copia degli eventuali certificati di prosecuzione e di chiusura dell'infortunio nonché del questionario per infortunio in itinere dovranno essere inviati per conoscenza anche alla scrivente Direzione (con il medesimo formato e modalità utilizzati per la trasmissione della denuncia, come detto sopra).

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 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 entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SOS AFARIOS GENERALI E PERSONALE E REFORMA DE SA RIORDU
ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità sopra descritti.

Si sottolinea che nei casi di denuncia mancata, 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

Nel registro devono essere annotati cronologicamente tutti gli infortuni sul lavoro occorsi ai lavoratori della propria struttura, compresi gli infortuni con prognosi fino a 3 giorni.

Per gli adempimenti legati alla tenuta del registro degli infortuni si rimanda alla nota n. 5659 del 5 giugno 2012 della Direzione generale degli AA.GG. e della società dell'informazione - Servizio per la salute e la sicurezza sul lavoro.

(http://intras.regione.sardegna.it/module/doc_sharing/?id_tree=4103).

ASSENZA DAL LAVORO PER RESPONSABILITA' DI TERZI

(sostituisce la nota n. 13788 del 5 aprile 2004)

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 dell'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:

- il "modello azione risarcitoria" allegato alla presente circolare compilato in tutte le sue parti;
- copia dell'eventuale modello di constatazione amichevole di incidente (modulo blu) o denuncia di sinistro presentata alla propria assicurazione;



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AGENZIA REGIONALE DEL PERSONALE E REFORMA DELLA REGIONE
AGENZIA REGIONALE DEL PERSONALE E REFORMA DELLA REGIONE

Direzione generale dell'organizzazione e del personale

- 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 - unitamente ai certificati medici comprovanti il periodo di assenza - a questa Direzione generale che provvederà ad avviare l'azione risarcitoria nei confronti del responsabile del sinistro; la stessa struttura 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

Eleonora Schirru – tel. 070 606 6041 – email: elschirru@regione.sardegna.it

Angela Corona – tel. 070 606 6089 – email: angcorona@regione.sardegna.it

La presente circolare sarà pubblicata su INTRAS.

Il Direttore Generale

Gesuina Tomainu

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

Alla Sede INAIL

AUTORITA' DI P. S.

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

Timbro dell'Ufficio

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 decesso (GG/MM/AAAA)

Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono abitazione

Prefisso internazionale

Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Da indicare 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.

Studente
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 (2)

Tipologia di contratto (3)

Data assunzione (GG/MM/AAAA)

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

CCNL - Settore lavorativo CNEL (4)

CCNL - Categoria CNEL (5)

Qualifica assicurativa (6)

Voce Professionale ISTAT (7)

SEZIONE LAVORATORE

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

Codice Fiscale

Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta

Posizione Assicurativa Territoriale

Settore attività (8)

Tipo polizza (9)

Voce di tariffa (10)

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

Codice Fiscale

Denominazione Amministrazione

Cod. Amm.ne

Descrizione Amministrazione

Cod. Ministero

Descrizione Ministero

☐ **AGRICOLTURA**

Codice Fiscale

Cognome e nome o ragione sociale

Matricola INPS/Codice CIDA

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

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Codice INPS

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

Cognome

Nome

Codice Fiscale

INDIRIZZO (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

Numero Registro Infortuni Aziendale

Indirizzo dell'unità produttiva in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Prefisso internazionale

Telefono

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Reparto, ufficio o cantiere in cui abitualmente opera il lavoratore

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11)

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE**SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:**☐ assegno circolare

(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 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 E' AVVENUTO:

Luogo dell'evento

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

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Infortunio in itinere

SI

NO

Incidente con mezzo di trasporto

SI

NO

Incidente stradale

SI

NO

Incidente ferroviario

SI

NO

Incidente aereo

SI

NO

Incidente navale

SI

NO

Altro

SI

NO

Codice Fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

Presso altra azienda

SI

NO

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi

SI

NO

Data evento (GG/MM/AAAA)

SI

NO

Giorno festivo

SI

NO

Alle ore (HH/MM)

SI

NO

Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)

SI

NO

Durante il turno di notte

SI

NO

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

SI

NO

Alle ore (HH/MM)

SI

NO

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)

SI

NO

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?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART. 53, D.P.R. 30/06/1965 N. 1124**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il primo certificato medico

GG

MM

AAAA

Prognosi riservata

SI

Malattia infortunio (12)

SI

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

SI

NO

Data al (GG/MM/AAAA)

SI

NO

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico successivo al primo

GG

MM

AAAA

Periodo di prognosi

Data dal (GG/MM/AAAA)

SI

NO

Data al (GG/MM/AAAA)

SI

NO

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 lavoro consueto?

SI

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, che cosa è avvenuto al lavoratore?

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

SI

NO

Natura della lesione (13)

Sede della lesione (14)

DATI PER L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):

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?

SI

NO

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

SI

NO

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. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT

SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e 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. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi		
DATI DEL CONDUCENTE:				
Cognome		Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:				
Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e 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 (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:				
Cognome		Nome		
Ragione sociale				
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)		Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO:

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

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 e maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc... ,
 Importo festività sopresse 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 ,
 Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc... in %
 Altre mensilità aggiuntive in % oppure Importo ,

DATI RETRIBUTIVI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Datore di lavoro che effettua la denuncia
 Durata normale della settimana di lavoro (n. ore)
 Retribuzione convenzionale oraria ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:

Altro datore di lavoro Ore settimanali Retribuzione oraria ,
 Altro datore di lavoro Ore settimanali Retribuzione oraria ,
 Altro datore di lavoro Ore settimanali Retribuzione oraria ,
 Altro datore di lavoro Ore settimanali Retribuzione oraria ,

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro ☐
 Mandatario del Datore di lavoro ☐
 Cognome
 Nome
 Codice Fiscale
 Nato a
 II (GG/MM/AAAA) / /
 Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)
 Nazione
 Comune
 Prov.
 CAP
 ISTAT
 Prefisso estero
 Telefono
 Indirizzo E-MAIL
 Indirizzo PEC

DICHIARA

di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferito per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;

di essere il titolare, ovvero il soggetto in possesso di delega rilasciata dal datore di lavoro, al trattamento di tutti i dati forniti, nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), delega che si impegna ad esibire su richiesta dell'Istituto;

consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, che i dati forniti con il presente documento, composto di n. 5 pagine, compresa la presente, sono rispondenti a verità.

Allegati n. :

NOTE

DATA / /

TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE



Regione Autonoma della Sardegna

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 sinistro (modulo blu)
- denuncia di sinistro
- verbale autorità pubblica sicurezza
- n. _____ certificati medici
- altro _____

Data, _____ Firma _____