

Da compilare nel giorno stesso in cui avviene l'incidente **a cura del dipendente (o del Responsabile di servizio in caso di impedimento del lavoratore dovuto a cause di forza maggiore)** e consegnare all' Ufficio Personale assieme al certificato medico d'incidente in cui è scritta la diagnosi.

Cognome e nome dell' infortunato:

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a divorziato/a vedovo/vedova separato/a

Numero di persone a carico:.....

Data e ora dell'incidente:.....

Orario di lavoro della giornata in cui è avvenuto l' incidente:

In che modo è avvenuto l'incidente? (Descrizione particolareggiata delle cause e circostanze specialmente in riferimento alle misure di igiene e prevenzione).....

.....

.....

In particolare dove è avvenuto l' incidente? (Es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sottoterraneo,

.....

.....

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (Es. manutenzione, costruzione, restauro, pulizia, conduzione mezzo di trasporto).....

.....

Era il suo lavoro consueto? si no

Al momento dell' incidente che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando).....

.....

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'incidente? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio).....

.....

In conseguenza di ciò, che cosa è accaduto al lavoratore? (indicare il modo in cui si è infortunato. Es.: caduto al suolo, punto da insetto, sforzo fisico, schiacciato dal mezzo di trasporto, shock

elettrico).....

.....
.....

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

Indicare eventuali testimoni: (cognome, nome e indirizzo).....

.....
.....

SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO CON SCRITTA **LA DIAGNOSI**

Firma dell' infortunato o Firma del Responsabile del Servizio (in caso di impedimento del lavoratore)

.....

San Vito di Cadore,.....