INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 4 bis R.A.

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 _____

_____

_____

AUTORITÀ 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 _____

SEZIONE LAVORATORE

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) _____

Tipologia di part-time: ☐ Orizzontale ☐ Verticale ☐ Misto

Percentuale di part-time _____ , _____ %

Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento: 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) _____

SEZIONE DATORE DI LAVORO

☐ **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 (9)

Tipo polizza (10) | Voce di tariffa (11)

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

Codice fiscale amministrazione statale | Amministrazione statale

Codice fiscale struttura | Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore | Codice Inail

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

Cognome | Nome | Codice fiscale

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

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl

Prefisso internazionale | Telefono | Indirizzo Email | Indirizzo Pec

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

Prefisso internazionale | Telefono | Indirizzo Email | Indirizzo Pec

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

Indirizzo Email | Indirizzo Pec

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore | Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12)

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

SEZIONE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Luogo dell'evento

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

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl

Infortunio in itinere ☐ Si ☐ No

Incidente con mezzo di trasporto ☐ Si ☐ No

Incidente stradale ☐

Incidente ferroviario ☐

Incidente aereo ☐

Incidente navale ☐

Altro ☐

Presso altra azienda ☐ Si ☐ No

Codice fiscale altra azienda

Denominazione/Ragione sociale altra azienda

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

Data evento (GG/MM/AAAA)

Giorno festivo ☐ Si ☐ No

Alle ore :

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

Durante il turno di notte ☐ Si ☐ No

L'infortunato ha abbandonato il lavoro ☐ Si ☐ No (GG/MM/AAAA)

Alle ore :

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

Il datore di lavoro era presente? ☐ Si ☐ No

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? ☐ Si ☐ 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 GG/MM/AAAA

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

Prognosi 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 GG/MM/AAAA

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

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? ☐ 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, 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? ☐ Si ☐ No

Sembra poterla provocare? ☐ Si ☐ No

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ Si ☐ No

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro 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)

SEZIONE TESTIMONI

INDICARE EVENTUALI 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

SEZIONE VEICOLI A MOTORE

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 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 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

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

☐ **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 aritigiana ☐ Voucher

Importo ____ , ____

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

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

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 ____ , ____

Premio di produzione — in % ____ , ____ oppure Importo ____ , ____

Altre mensilità aggiuntive — in % ____ , ____ oppure Importo ____ , ____

Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie — in % ____ , ____ oppure giorni ____

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:

1) Generalità e recapito _____ Durata normale della settimana di lavoro: N. ore ____ Retribuzione convenzionale oraria ____ , ____

2) Generalità e recapito _____ Durata normale della settimana di lavoro: N. ore ____ Retribuzione convenzionale oraria ____ , ____

☐ **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 annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno	N. ore	____
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	____ , ____
Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto	N. ore	____
Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto	N. ore	____
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	____
Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento	Importo	____ , ____

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)

_____

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

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

IL SOTTOSCRITTO

☐ Datore di lavoro ☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro ☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Nato a _____ Il (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

_____

_____

_____

_____

_____

Data GG/MM/AAAA _____ Timbro e firma _____

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Modulo aggiornato al 22/03/2016