|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| U.O. Medicina del IavoroAusl Bologna | RACCOLTA INFORMAZIONI INFORTUNIOSUL LAVORO | Pag. 1/1 |

REPORT RACCOLTA INFORMAZIONI INFORTUNIO SUL LAVORO

consapevole delle responsabilità penali e degli atti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 7ó del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 4ó e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 si dichiara quanto segue:

Cognome: Nome: Data di nascita: Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia Residenza: Domicilio se diverso dalla residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Figli a carico: SI NO

# Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_numero di matricola:

Direttore / Coordinatore deII’U.O.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tempo indeterminato: | SI  | NO  | Se NO specificare fine contratto:  |
| Tempo pieno: | SI | NO  | Se NO specificare tipologia part-time  |
| Orario di lavoro a turni: | SI  | NO  | Se SI specificare se Diurno [ ] oppure Notturno [ ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sono compresi i giorni festivi e prefestivi? | SI  | NO  |
| Su quanti giorni lavora a settimana? | 5  | 6 |

Qualifica: Unità operativa: \_\_\_\_\_\_\_sede di lavoro abituale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data infortunio: ora infortunio: Data abbandono Iavoro: ora abbandono lavoro: Inizio turno di Iavoro gg dell’infortunio: fine turno di lavoro gg dell’infortunio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni di prognosi iniziale: Infortunio in itinere: [ SI ] [NO] tipo di itinere ( in auto, a piedi etc. ): Descrizione dell'infortunio:

# Attività svolta durante l’infortunio:

# Lavoro consueto? [ SI ] [ NO ] Luogo dell’infortunio, stanza e piano, oppure indirizzo se trattasi di incidente stradale :

# Diagnosi dopo l’infortunio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testimoni, se presenti ( nominativo e nr di cellulare ):

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma dell’infortunato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spazio riservato all’ufficio**

Il datore di lavoro ha saputo il fatto il: ora:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data emissione/Ultima revisione: Gennaio 2023 |  |  |