

**Oggetto:** Infortuni sul lavoro – adempimenti.

Si fa riferimento all'appunto n. 640/3523 del 27 febbraio u.s. riguardante la tenuta del registro degli infortuni e si fornisce di seguito una sintesi delle procedure che dovranno essere attuate in caso di infortunio sul lavoro, dovendosi intendere sotto tale fattispecie un evento **“avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o l'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni”** (DPR 30 giugno 1965, n. 1124, Capo II, art. 2).

Non vanno pertanto considerati infortuni sul lavoro, ad esempio, gli eventi ascrivibili a patologie non eziologicamente collegate al lavoro ancorché verificatisi nell'ambiente di lavoro.

#### **Adempimenti del dipendente infortunato e del datore di lavoro**

- Il dipendente infortunato dovrà informare immediatamente il datore di lavoro, o il dirigente delegato o il preposto ed inviare quanto prima il relativo certificato medico;
- il datore di lavoro o il dirigente delegato dovrà riportare sul modello di registro infortuni in dotazione al proprio Centro di Responsabilità tutti i dati relativi all'infortunio, che saranno immediatamente trasmessi all'Ufficio VI della DGAABP incaricato di trascriverli nel **registro ufficiale degli infortuni** a disposizione degli organi di vigilanza. Si fa al riguardo presente che ai sensi del Dlgs 626/94 anche gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno (oltre a quello in cui si è verificato l'evento), vanno annotati nel predetto registro, e ciò a prescindere da ogni considerazione circa l'eventuale indennizzabilità.
- il datore di lavoro (da identificarsi nel titolare del Centro di Responsabilità cui appartiene il dipendente infortunato), **entro due giorni** dalla data di ricezione del primo certificato medico contenente prognosi superiore a tre giorni, dovrà inviare **la denuncia con allegato il certificato** stesso alla sede INAIL competente (Piazza delle 5 giornate 3, 00192 Roma) ed all'Autorità di Pubblica Sicurezza (Commissariato di Pubblica Sicurezza, via degli Orti della Farnesina 8, 00100 Roma). Se si tratta di infortunio che abbia prodotto il decesso del dipendente o per il quale sia previsto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta **entro 24 ore dall'infortunio**.

## Modalità di compilazione della denuncia

I moduli da utilizzare per la denuncia dell'infortunio sono stati predisposti dall'INAIL tenendo presente in via prioritaria un contesto privatistico e vanno compilati soltanto per la parte relativa ai dati concernenti l'infortunato, il datore di lavoro e le circostanze dell'infortunio, utilizzando eventualmente un foglio aggiuntivo per quest'ultimo punto. **Non va compilata** la parte relativa ai dati retributivi dell'infortunato e quella riguardante la posizione assicurativa del datore di lavoro.

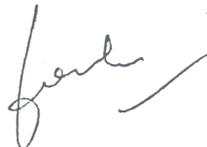
Debbono essere invece indicati il codice del Ministero (1000) e il codice della ASL competente, Roma E, Borgo Santo Spirito 3, 00193, (codice 58841/27).

I moduli INAIL, che si uniscono in allegato, vanno compilati in cinque copie, così ripartite:

- tre copie da indirizzare all'INAIL, che provvederà all'inoltro di uno dei tre moduli ai competenti servizi della ASL;
- una copia da far pervenire all'Autorità di Pubblica Sicurezza che rilascerà, nell'apposito spazio, relativa ricevuta alla persona che presenta la denuncia;
- una copia sarà destinata agli atti del datore di lavoro.

Un'ulteriore copia della denuncia dovrà essere immediatamente trasmessa all'Ufficio VI della DGAABP ai fini della trascrizione dei dati sul registro ufficiale degli infortuni come previsto dal Dlgs 626/94.

Si attira infine l'attenzione sulla necessità di rispettare i termini temporali e le modalità di compilazione della denuncia dell'infortunio sopra indicati, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità; la loro inosservanza potrebbe infatti compromettere i diritti dell'infortunato e far insorgere elementi di responsabilità penalmente rilevanti a carico del datore di lavoro.







6 6

# DENUNCIA D'INFORTUNIO

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITÀ O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infornuto, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE DELLO INFORTUNIO

3 COPIE PER INAIL

a) FORMA o modalità dell'infornuto (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15	movimento incoordinato	19	colpito da	32	schacciato da	36	rimasto stretto tra	41	caduto in piano	
ha calpestato	12	sollevando spostando	16	impigliato agganciato a	21	investito da	33	sommerso da	37	ha inalato	51	caduto in profondità	
si è colpito con	13	ha urlato contro	17	ha fatto uno sforzo	22	morso da	34	urtato da	38	esposto a	52	incidente a bordo di	
ha ingerito	14	piède in fallo	18	afferrato da	31	punto da	35	travolto da	39	caduto da	71	incidente alla guida	

b) AGENTE materiale (es.: trattore)

segue AGENTE materiale

c) PARTICOLARE dell'agente (es.: seggiolino)

d) CAUSA immediata dell'infornuto (es.: ribaltamento)

e) ALTEZZA dell'agente

COGNOME, NOME E DOMICILIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA

DATI RETRIBUTIVI RELATIVI AGLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI ED A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: ORE SETT. N.

RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA: LIRE

COGNOME, NOME ED INDIRIZZO DEGLI ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA

ORE SETT. N.

RETR. CONVENZ. ORARIA

DATA

FIRMA DEL LAVORATORE

DATA RICEZIONE 1° CERTIFICATO MEDICO AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ART. 53 DEL T.U. N. 1124/65

Grid for date reception of medical certificate

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA

FIRMA



INFORTUNATO

# 5 5 DENUNCIA D'INFORTUNIO

alla Sede di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N. CASO - RISERVATO ALL'INAIL

TRATTAZ.

CODICE FISCALE

\_\_\_\_\_

COGNOME

NOME

SESSO

NATO IL

A

1 maschio  
 2 femmina

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

segue INDIRIZZO

FRAZIONE

COMUNE

CAP

CODICE ISTAT

CODICE USL

CODICE SANITARIO

CODICE INPS

SITUAZIONE FAMILIARE

PERSONE A CARICO

È PARENTE DEL

DATA DI ASSUNZIONE

MESTIERE O MANSIONE

QUALIFICA O LIVELLO

CONTRATTO COLLETTIVO

POSIZIONE ASSICURATIVA

COD. CONTROLLO

CODICE FISCALE

DATORE  
DI  
LAVORO

NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.)

CODICE MINISTERO

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

CAP

COMUNE

PROV.

CODICE ISTAT

LOCALITÀ DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amm.ne pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.)

L'INFORTUNIO  
È AVVENUTO:

A (Comune)

CAP

CODICE ISTAT

CODICE USL

ALL'INTERNO  
DELLO  
STABILIMENTO?  SI  NO

SE SI, IN QUALE REPARTO

PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli

IL

ALLE ORE

DURANTE QUALE ORA DI LAVORO?

prima, seconda, terza, ecc.  
= 01 - 02 - 03 ecc.

DURANTE  
IL TURNO  
NOTTURNO?  SI  NO

UNA COPIA PER AUTORITA DI P.S.



66

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITÀ O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE DELLO INFORTUNIO

TESTIMONI ALLO INFORTUNIO

COGNOME, NOME E DOMICILIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA:

UNA COPIA PER AUTORITÀ DI P.S.

P. 2

Provincia di ..... Comune di .....  
 Persone rimaste lese nel medesimo infortunio ..... La lesione ha avuto per conseguenze la morte? ..... sembra poterla avere? .....  
 sembra poter avere per conseguenza l'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale? ..... per quanti giorni si presume che possa durare? .....  
 l'inabilità temporanea al lavoro? ..... entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito dell'infortunio? .....  
 nome, cognome e residenza di coloro ai quali il Pretore deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124/65:  
 - del titolare o legale rappresentante della ditta .....  
 - dell'infortunato o dei superstiti del lavoratore .....

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA

FIRMA

RICEVUTA CHE L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA DEVE RESTITUIRE ALLA PERSONA CHE PRESENTA LA DENUNCIA

Provincia di ..... Comune di .....  
 Si dichiara che la Ditta ..... con sede in .....  
 ha presentato al sottoscritto il giorno ..... del mese di ..... 19 ..... denuncia di un infortunio occorso a n. ....  
 persone (cognome e nome) .....  
 il giorno ..... del mese di ..... 19 ..... nel Comune di .....

Timbro dell'Ufficio

Firma dell'autorità che riceve la denuncia



# DENUNCIA D'INFORTUNIO



6 6

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITÀ O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infornio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE DELLO INFORTUNIO

a) FORMA o modalità dell'infornio (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15	movimento incoordinato	19	colpito da	32	schacciato da	36	rimasto stretto tra	41	caduto in piano	
ha calpestato	12	sollevando spostando	16	impigliato agganciato a	21	investito da	33	sommerso da	37	ha inalato	51	caduto in profondità	
si è colpito con	13	ha urlato contro	17	ha fatto uno sforzo	22	morso da	34	urtato da	38	esposto a	52	incidente a bordo di	
ha ingerito	14	piede in fallo	18	afferrato da	31	punto da	35	travolto da	39	caduto da	71	incidente alla guida	

b) AGENTE materiale (es.: trattore)

segue AGENTE materiale

c) PARTICOLARE dell'agente (es.: seggiolino)

d) CAUSA immediata dell'infornio (es.: ribaltamento)

e) ALTEZZA dell'agente

COGNOME, NOME E DOMICILIO

TESTIMONI ALLO INFORTUNIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.) E NUMERO CIVICO

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA:

DATI RETRIBUTIVI RELATIVI AGLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI ED A SERVIZI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: ORE SETT. N.

RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA: LIRE

COGNOME, NOME ED INDIRIZZO DEGLI ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA

ORE SETT. N.

RETR. CONVENZ. ORARIA

DATA

FIRMA DEL LAVORATORE

Provincia di

Comune di

Persone rimaste lese nel medesimo infornio

La lesione ha avuto per conseguenze la morte?

sembra poterla avere?

sembra poter avere per conseguenza l'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale?

per quanti giorni si presume che possa durare?

l'inabilità temporanea al lavoro?

entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

nome, cognome e residenza di coloro ai quali il Pretore deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124/65:

- del titolare o legale rappresentante della ditta

- dell'infornato o dei superstiti del lavoratore

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA

FIRMA

RICEVUTA CHE L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA DEVE RESTITUIRE ALLA PERSONA CHE PRESENTA LA DENUNCIA

Provincia di

Comune di

Si dichiara che la Ditta

con sede in

ha presentato al sottoscritto il giorno

del mese di

19

denuncia di un infornio occorso a n.

persone (cognome e nome)

il giorno del mese di

19

nel Comune di

Timbro dell'Ufficio

firma dell'autorità che riceve la denuncia

UNA COPIA PER ATTI DATORE DI LAVORO