



Direttori/Responsabili
UU.OO. ASP di Catanzaro
ed a tutti i dipendenti

OGGETTO: Comunicazioni Infortunio sul lavoro - adempimenti INAIL

Con la presente si informano le SS.LL., che le comunicazioni di infortunio sul lavoro corredate della relativa documentazione dei lavoratori in attività presso l'A.S.P. di Catanzaro, dovranno pervenire da parte dei Direttori/Responsabili delle UU.OO. al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, indicando come riferimento il **dott. Giuseppe GATTO** Responsabile del Procedimento (Delegato del datore di Lavoro) in servizio presso l'Ufficio scrivente tel. 0961-7033350 **esclusivamente** tramite i seguenti indirizzi di posta elettronica dedicata:

1. sppsettoreinfortuni@pec.asp.cz.it
2. sppsettoreinfortuni@asp.cz.it - quest'ultimo indirizzo dovrà essere utilizzato **esclusivamente** per le UU.OO. non in possesso di un indirizzo di posta certificata.

Si fa presente che diverse modalità di trasmissione della dovuta comunicazione, non saranno accolte da questo Servizio.

Per quanto sopra esposto, si ritiene utile precisare, al fine di consentire questo Ufficio di adempiere all'obbligo della denuncia di infortunio al competente ufficio INAIL entro i termini tassativamente indicati dalla legge, che le comunicazioni di infortunio sul lavoro dovranno pervenire secondo le modalità sopra indicate, **nell'immediato** o in ogni caso, entro e non oltre il giorno successivo alla data della Certificazione Medica INAIL rilasciata dal Pronto Soccorso che ha effettuato la prima visita medica, corredata dalla seguente documentazione:

- 1° Certificato medico INAIL rilasciato dal Pronto Soccorso che ha effettuato la prima visita medica (*copia C - per il datore di lavoro*);
- Rapporto informativo come da modelli allegati, riferito all'evento traumatico subito dal dipendente;
 - ✓ Modello A : Infortunio sul posto di lavoro;
 - ✓ Modello B : Infortunio in itinere;
 - ✓ Modello C : Infortunio in attività esterna territoriale.

I Responsabili delle UU.OO., hanno altresì l'obbligo di comunicare le certificazioni mediche attestante la continuazione del periodo di infortunio e/o la cessazione di inabilità lavorativa del dipendente attestante la chiusura dell'infortunio.

Si raccomanda il rispetto delle indicazioni fornite, al fine di non incorrere in illeciti amministrativi per inadempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, che implicano anche sanzioni di natura economica.

Distinti Saluti

Il RUP (Delegato del datore di Lavoro)
(Dott. Giuseppe GATTO)



Il Direttore Sanitario Aziendale
(Dott. Antonio GALLUCCI)





REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO



REGIONE CALABRIA

OGGETTO: relazione informativa - **Infortunio sul posto di lavoro** occorso al lavoratore :

ANAGRAFICA E UNITA' OPERATIVA	Sig./ra Nato/a il/...../..... a			
	Residente via a C. F.			
	Coniugato/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Persone a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	..... (Unità Operativa / Servizio/ Reparto / Ufficio)		..... (Qualifica)	
Indirizzo (Via / piazza / numero)		Comune	Cell	Tel/ Fax

AUTOCERTIFICAZIONE	DICHIARAZIONE SOTTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'			
	Art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, T.U. delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa (*)			
	- NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE -			
	da fornire all'Azienda nei casi di Infortunio in itinere – Indidente stradale			
	Il / la sottoscritto / a Nato/a il/...../..... a			
	Residente a Via n.			
In servizio con la qualifica di				
presso				
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR. n° 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.				
DICHIARA				
In relazione all'infortunio occorsogli in data, che le notizie di seguito fornite rispondono al vero.				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO – QUADRO A –	Quando è avvenuto l'infortunio (specificare la data) : a che ora			
	Dov'è avvenuto l'infortunio: (specificare il luogo).....			
	In che modo è avvenuto l'Infortunio ?			
			
	Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio ?			
	Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?(Indicare attività generica)			
	..... era il suo lavoro consueto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	(Manutenzione / pulizia / conduzione di mezzo di trasporto)			
	Al momento dell'infortunio che stava facendo in particolare il lavoratore? (indicare attività specifica)			
	..... (Stava praticando la terapia al pz / Saliva le scale / Sollevava un peso / stava guidando)			
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (indicare l'evento causa dell'infortunio)				
..... (perdita dell'equilibrio / Rottura guanti / Piede in fallo / è scivolato)				
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (indicare il modo in cui il dipendente si è infortunato)				
..... (caduta al suolo / puntura da ago / sforzo fisico / shock elettrico)				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO A (2)

Natura della lesione? Sede della lesione?

(Trauma / Frattura / Puntura / Caduta / Taglio / Abrasione / Contusione) (Mano dx / piede sx / torace)

Il Datore di lavoro era presente? SI NO Ritiene che la descrizione riferita risponde a verità? SI NO

Il lavoratore ha abbandonato il luogo di lavoro? SI NO Quando?/...../...../ a che ora?

Il/la Lavoratore: ha informato con immediatezza il Servizio ed è stato accompagnato/ avviato con urgenza al più vicino Pronto Soccorso
oppure
 Si è recato di propria iniziativa al Pronto Soccorso ed ha informato il Servizio

Il/la dipendente: Utilizzava i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) in dotazione
 Non utilizzava

Se ha risposto no, perché?

Indicare le generalità di eventuali testimoni

Il lavoratore **Il Dirigente / Il Responsabile**

_____ (Timbro e Firma)



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO



REGIONE CALABRIA

OGGETTO: relazione informativa - Infortunio in Itinere occorso al lavoratore :

ANAGRAFICA E UNITA' OPERATIVA	Sig./ra Nato/a il/...../..... a			
	Residente via a C. F.			
	Coniugato/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Persone a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	..... (Unità Operativa / Servizio / Reparto / Ufficio)		..... (Qualifica)	
Indirizzo (Via / piazza / numero)		Comune	Cell	Tel/ Fax

AUTOCERTIFICAZIONE	DICHIARAZIONE SOTTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'			
	Art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, T.U. delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa (*)			
	- NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE -			
	da fornire all'Azienda nei casi di Infortunio in itinere – Indidente stradale			
	Il / la sottoscritto / a Nato/a il/...../..... a			
	Residente a Via n.			
In servizio con la qualifica di				
presso				
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR. n° 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.				
DICHIARA				
In relazione all'infortunio occorsogli in data, che le notizie di seguito fornite rispondono al vero.				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO A -	Quando è avvenuto l'infortunio (specificare la data) : a che ora			
	Dov'è avvenuto l'infortunio: (specificare il luogo).....			
	In che modo è avvenuto l'infortunio ?			
			
	Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio ?			
	Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?(indicare attività generica)			
	..... era il suo lavoro consueto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	(Manutenzione / pulizia / conduzione di mezzo di trasporto)			
	Al momento dell'infortunio che stava facendo in particolare il lavoratore? (indicare attività specifica)			
	..... (Stava praticando la terapia al pz / Saliva le scale / Sollevava un peso / stava guidando)			
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (indicare l'evento causa dell'infortunio)				
..... (perdita dell'equilibrio / rottura guanti / piede in fallo / è scivolato)				
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (indicare il modo in cui il dipendente si è infortunato)				
..... (caduta al suolo / puntura da ago / sforzo fisico / shock elettrico)				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO A (2) -

Natura della lesione? Sede della lesione?
(Trauma / Frattura / Puntura / Caduta / Taglio / Abrasione / Contusione) (Mano dx / piede sx / torace)

Il Datore di lavoro era presente? SI NO Ritiene che la descrizione riferita risponde a verità? SI NO

Il lavoratore ha abbandonato il luogo di lavoro? SI NO Quando?/...../...../ A che Ora?

Il/la Lavoratore: ha informato con immediatezza il Servizio ed è stato accompagnato / avviato con urgenza al più vicino Pronto Soccorso oppure
 Si è recato di propria iniziativa al Pronto Soccorso ed ha informato il Servizio

Il/la dipendente: Utilizzava Non utilizzava i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) in dotazione

Se ha risposto no, perché?

Indicare le generalità di eventuali testimoni

Il lavoratore

Il Dirigente / Il Responsabile

(Timbro e Firma)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO B -

1) L'orario di lavoro del lavoratore è a turni? SI NO Diurno Notturno
Mattino: dalle ore: _____ alle ore: _____ Pomeriggio: dalle ore: _____ alle ore: _____ Sera : dalle ore: _____ alle ore: _____
Sono compresi i giorni festivi e prefestivi: SI NO

2) L'orario di lavoro che il lavoratore doveva osservare il giorno dell'infortunio: dalle ore _____ alle ore: _____
Esatto luogo in cui il lavoratore ha svolto o doveva svolgere l'attività il giorno dell'incidente:

4) L'incidente è avvenuto su strada pubblica o privata

5) L'incidente si è verificato mentre il lavoratore:
stava andando a lavoro stava tornando dal lavoro stava già lavorando

6) Distanza fra il luogo di lavoro e l'abitazione del lavoratore Km (indicare la distanza del solo percorso di andata)

7) Tale tragitto è coperto da mezzi pubblici di trasporto? SI NO
In caso affermativo precisare se essi coprono l'intero percorso casa/lavoro e lavoro/casa SI NO

Se coprono il percorso solo parzialmente, indicare la distanza fra la fermata più vicina rispettivamente:

all'abitazione del lavoratore e al luogo di lavoro:

Gli orari dei mezzi pubblici sono compatibili con quelli di inizio e termine del lavoro : SI NO

Indicare gli orari di arrivo e di partenza più vicini agli orari di inizio e termine del lavoro:

arrivo ore: partenza ore:

8) L'incidente si è verificato nel corso del tragitto più breve casa/lavoro? SI NO

Sono state effettuate deviazioni ? SI NO Se si, indicare i motivi



DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO B -

Sono state effettuate delle soste? SI NO Se si, indicare i motivi

9) Presso l'Azienda esiste un servizio mensa interna? SI NO

In alternativa, Vi sono in zona servizi di ristorazione convenzionati? SI NO e a che distanza?

10) L'azienda mette a disposizione i propri mezzi di trasporto? SI NO

11) L'azienda autorizza l'uso del mezzo proprio? SI NO

12) L'azienda eroga rimborsi per l'utilizzo del mezzo proprio? SI NO

13) Sul veicolo su cui viaggiava c'erano attrezzi di lavoro e/o merci? SI NO Se si quali?

14) Il caso è stato trattato come malattia? SI NO

15) Descrizione sintetica dell'incidente

16) Dati relativi al proprietario della vettura :

Cognome e Nome , data di nascita:

Comune di Residenza , via e numero civico:

Estremi della vettura: Targa:

Compagnia assicurativa:

Estremi Polizza :

17) Dati relativi al presunto responsabile Civile :

Cognome e Nome , data di nascita:

Comune di Residenza , via e numero civico:

Estremi della vettura: Targa:

Compagnia assicurativa:

Estremi Polizza :

18) E' intervenuta l'autorità di P.S.? Se si, quale ?

19) E' stato redatto verbale? (Si/No) In caso negativo, allegare eventuale copia della denuncia del sinistro (CID) –
Constatazione Amichevole d'Incidente

Altre notizie ritenute Utili

Il lavoratore

Il Dirigente / Il Responsabile

(Timbro e Firma)



Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO



REGIONE CALABRIA

OGGETTO: relazione informativa - Infortunio in attività esterna territoriale - (durante l'orario di lavoro) occorso al lavoratore :

ANAGRAFICA E UNITA' OPERATIVA	Sig./ra Nato/a il/...../..... a			
	Residente via a C. F.			
	Coniugato/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Persone a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	..... (Unità Operativa / Servizio / Reparto / Ufficio)		..... (Qualifica)	
..... Indirizzo (Via / piazza / numero)		..... Comune	..... Cell	..... Tel/ Fax

AUTOCERTIFICAZIONE	DICHIARAZIONE SOTTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'			
	Art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, T.U. delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa (*)			
	- NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE -			
	da fornire all'Azienda nei casi di Infortunio in itinere – Indidente stradale			
	Il/la sottoscritto/a Nato/a il/...../..... a			
Residente a Via n.				
In servizio con la qualifica di				
presso				
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR. n° 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.				
DICHIARA				
In relazione all'infortunio occorsogli in data, che le notizie di seguito fornite rispondono al vero.				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO – QUADRO A -	Quando è avvenuto l'infortunio (specificare la data) : a che ora			
	Dov'è avvenuto l'infortunio: (specificare il luogo).....			
	In che modo è avvenuto l'Infortunio ?			
	Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio ?			
	Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?(indicare attività generica)			
	..... era il suo lavoro consueto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	(Manutenzione / pulizia/ conduzione di mezzo di trasporto)			
	Al momento dell'infortunio che stava facendo in particolare il lavoratore? (indicare attività specifica)			
	..... (Stava praticando la terapia al pz / Saliva le scale / Sollevava un peso / stava guidando)			
	Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (indicare l'evento causa dell'infortunio)			
..... (perdita dell'equilibrio / rottura guanti/ piede in fallo/ è scivolato)				
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (indicare il modo in cui il dipendente si è infortunato)				
..... (caduta al suolo / puntura da ago / sforzo fisico / shock elettrico)				



Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO



REGIONE CALABRIA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO A -

Dov'è avvenuto l'infortunio: (specificare il luogo).....

In che modo è avvenuto l'Infortunio ?

Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio ?

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio? (indicare attività generica)

..... Era il suo lavoro consueto? SI NO
(Manutenzione / pulizia/ conduzione di mezzo di trasporto)

Al momento dell'infortunio che stava facendo in particolare il lavoratore? (indicare attività specifica)

..... (Stava praticando la terapia al pz / Saliva le scale / Sollevava un peso / stava guidando)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (indicare l'evento causa dell'infortunio)

..... (perdita dell'equilibrio / Rottura guanti/ Piede in fallo/ è scivolato)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (indicare il modo in cui il dipendente si è infortunato)

..... (caduta al suolo/ puntura da ago / sforzo fisico / shock elettrico)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO - QUADRO A(2) -

Natura della lesione? Sede della lesione?
(Trauma / Frattura / Puntura / Caduta / Taglio/ Abrasione/ Contusione) (Mano dx / piedesx / torace)

Il Datore di lavoro era presente? SI NO Ritieni che la descrizione riferita risponde a verità? SI NO

Il lavoratore ha abbandonato il luogo di lavoro ? SI NO Quando?/...../...../ a che ora?

Il/la Lavoratore : ha informato con immediatezza il Servizio ed è stato accompagnato/ avviato con urgenza al più vicino Pronto Soccorso
oppure
 Si è recato di propria iniziativa al Pronto Soccorso ed ha informato il Servizio

Il dipendente: Utilizzava i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) in dotazione
 Non utilizzava

Se ha risposto no, perché?

Indicare le generalità di eventuali testimoni

Il lavoratore **Il Dirigente / Il Responsabile**

_____ (Timbro e Firma)



Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Ulteriori notizie da fornire a cura del lavoratore **(nei casi di INCIDENTE ALLA GUIDA)**

Estremi o copia Autorizzazione a fare uso del proprio automezzo / Automezzo dell'Azienda _____

(1) Provenienza: _____ Destinazione: _____

Comune dov'è avvenuto l' incidente : _____

Strada Pubblica : _____ Strada Privata: _____

(2) Dati del Proprietario della vettura: Cognome: _____ Nome: _____ Nato: ____/____/____

Comune nascita _____ Comune Residenza _____ Via _____

Estremi Compagnia Assicuratrice : _____

Estremi polizza: _____ Estremi Autovettura: _____

(3) Dati del presunto Responsabile Civile: Cognome: _____ Nome: _____ Nato: ____/____/____

Comune nascita _____ Comune residenza _____ Via _____

Estremi Compagnia Assicuratrice : _____

Estremi polizza: _____ Estremi Autovettura: _____

(4) Autorità di Pubblica sicurezza intervenuta _____ redatto verbale: SI / NO - Allegare Eventuale copia di

constatazione amichevole (CID): SI / NO