



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Form section 1: Worker details including name, fiscal code, birth data, address, profession, and contract type.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form section 2: Employer details including company name, address, and work location.

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form section 3.1: Payment data including hourly, monthly, and conventional rates.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form section 3.2: Question about change in payment bases in the 15 days before the accident.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form section 3.3: Additional payment elements including extraordinary, holiday, and production bonuses.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Form section 3.4: Total sum field for automatic calculation.



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG MM AAAA Ora Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG MM AAAA

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

[]

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

[]

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

[] Era il suo lavoro consueto? SI [] saltuariamente SI [] NO []

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

[]

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

[]

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

[] Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri []

Il datore di lavoro era presente? SI [] NO [] Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI [] NO [] Se ha risposto no, perché?

[]

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

[]

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

[]

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Form section 1: Personal and employment details (Cognome, Nome, Codice Fiscale, etc.)

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form section 2: Employer details (Posizione assicurativa territoriale, Codice Ditta, etc.)

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form section 3.1: Retribution data (Oraria, Ore Sett., Giornaliera, etc.)

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form section 3.2: Change in retributive bases (Importi, Ore Sett., GG, MM, AAAA)

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form section 3.3: Additional retribution elements (Importo straordinario, festività lavorate, etc.)

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Form section 3.4: Total sum (Totale generale)



4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form with fields for location (GG, MM, AAAA), time (Ora), duration (Durante quale ora di lavoro), and other details. Includes checkboxes for 'SI' and 'NO'.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Large text area for describing the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Text area for location details.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Text area for work type, with checkboxes for 'SI' and 'NO'.

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

Text area for worker's activity.

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

Text area for unexpected event.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Text area for consequences, with a note about height measurement.

Il datore di lavoro era presente? [SI] [NO] Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? [SI] [NO] Se ha risposto no, perché?

Text area for employer presence and truthfulness.

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Text area for witnesses.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Text area for vehicle-related details.

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Form with fields for lesion type and location.

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)

Contratto collettivo naz. GG MM AAAA PERSONE A CARICO SI NO PARENTE DEL D.L. SI NO Registro inf. n.

Cognome e nome o ragione sociale

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale C/C

Codice Ditta C/C Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA SI NO Amministrazione statale Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7) Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta



4P42

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form with fields for GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'fortunato ha abbandonato il lavoro?, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il, Ha ricevuto il primo certificato medico il.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Empty text box for description of the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Empty text box for location of the accident.

Form with question: Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico) and Era il suo lavoro consueto? with SI/NO options.

Form with question: Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

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

Form with question: In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto) and Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri.

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Empty text box for witnesses.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Empty text box for vehicle and insurance information.

Form with questions: La lesione ha provocato la morte? sembra poterla provocare? sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza): - titolare o legale rappresentante della ditta - infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

Form with fields for DATA and FIRMA.

Form with fields for RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA, Comune, Provincia, Timbro dell'Ufficio, Si dichiara che la Ditta, LUOGO, DATA, FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA.

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. (10 boxes)

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date (DD/MM/YY)

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

SEZIONE 1 - LAVORATORE

DENUNCIA D'INFORTUNIO

All'INAIL di

Worker personal data section: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Employer data section: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Table for retributive data: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for retributive base changes: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for additional retributive elements: Importo straordinario E, Importo: festività lavorate di domenica F, Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo: diaria trasferta H, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L, Importo M, N, O, P, R, S, T, U, Accantonamento cassa edile

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale grid



101A11

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) []

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

Form fields for accident details: GG, MM, AAAA, Ora, Durante quale ora di lavoro, Durante il turno di notte?, Comune di, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, L'infortunato ha abbandonato il lavoro?, Il datore di lavoro ha saputo del fatto il, Ha ricevuto il primo certificato medico il.

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Text area for describing the accident.

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

Text area for location details.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

Text area for work type and status checkboxes: SI, saltuariamente, SI, NO.

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

Text area for worker's activity.

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

Text area for unexpected event.

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

Text area for consequences and height checkbox.

Il datore di lavoro era presente? [SI] [NO] Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? [SI] [NO] Se ha risposto no, perché?

Text area for employer presence and truthfulness.

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

Text area for witnesses.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

Text area for vehicle-related details.

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Text areas for lesion type and location.

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

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta

- infortunato o superstiti

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA

FIRMA

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune Provincia

Si dichiara che la Ditta ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

LUOGO DATA FIRMA DELL'AUTORITA' CHE RICEVE LA DENUNCIA

Timbro dell'Ufficio