

TIMBRO Di ARRIVO (Riservato all'INAIL)

INAIL

Caso N. Riservato all'INAIL
Data di spedizione - Riservato all'INAIL

ALL'INAIL di

Via

Cap

Città

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome Nome
Codice Fiscale Nato a
GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico
Comune Prov. Cap
Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro
Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)
Contratto collettivo naz. GG MM PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L. Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale
Codice Ditta C/C Codice Fiscale
DITTA ARTIGIANA Amministrazione statale Codice ministero
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico
Comune Prov. Cap
Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) 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 IN (7) vedi Istruzioni IN LIRE IN EURO
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZI ANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:
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
Importi c Ore Sett. D GG MM AAAA GG MM AAAA
ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO
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
Tredicesima mensilità In% M oppure Importo N In% O oppure Giorni P
Premio di produzione In% Q oppure Importo R
Altre mensilità aggiuntive In% S oppure Importo T
Accantonamento cassa edile In% U
Totale generale

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 + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Provincia di Comune di

Persone rimaste lese nel medesimo infortunio La lesione ha avuto per conseguenza 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 Tribunale deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124165:

- dei titolare o legale rappresentante della ditta

- dell'infortunato o dei superstiti dei lavoratore

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 SOTTO INDICATO 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 dei mese di 20 denuncia di infortunio occorso a n.

persone (cognome e nome)

il giorno dei mese di 20 nel Comune di

Timbro
dell'Ufficio

.....
firma dell'autorità che riceve la denuncia