

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Alla Sede INAIL

UDINE - AREA INFORTUNI

PEC: *udine@postacert.inail.it*

Fax: 0432 240240

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)

/ /

**N.B. CON RISERVA DI COMUNICARE SUCCESSIVAMENTE I DATI
 MANCANTI A COMPLETAMENTO DELLA DENUNCIA**

AUTORITA' D.P.S.

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO
 (Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza)

Timbro dell'Ufficio

Si dichiara che il datore di lavoro

ha presentato all'Autorità di Pubblica Sicurezza

del Comune

Prov.

la Denuncia/Comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero:

Luogo

Data (GG/MM/AAAA)

Firma

/ /

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso

Stato civile (1)

Comune di nascita

Prov.

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

/ /

Data decesso (GG/MM/AAAA)

/ /

Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione

Comune

Prov.

CAP

ISTAT

ASL

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'INAIL, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale

Telefono abitazione

Prefisso internazionale

Telefono Cellulare

Indirizzo E-MAIL

Indirizzo PEC

Studente

SI NO

Parente del datore di lavoro

SI NO

Persone a carico

SI NO

Tutela INPS in caso di malattia comune

SI NO

Tipologia di lavoratore (2)

Tipologia di contratto (3)

Data assunzione (GG/MM/AAAA)

/ /

Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)

/ /

CCNL - Settore lavorativo CNEL (4)

CCNL - Categoria CNEL (5)

Qualifica assicurativa (6)

Voce Professionale ISTAT (7)

SEZIONE LAVORATORE

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALECodice Fiscale Cognome e nome o ragione sociale Codice Ditta Posizione Assicurativa Territoriale Settore attività (8) Tipo polizza (9) Voce di tariffa (10) **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**Codice Fiscale Amministrazione Statale Amministrazione Statale Codice Fiscale Struttura Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore Codice INAIL **AGRICOLTURA**Codice Fiscale Cognome e nome o ragione sociale Matricola INPS/Codice CIDA **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**Cognome Nome Codice Fiscale Codice INPS **LAVORO OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**Cognome Nome Codice Fiscale **INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)**Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL Prefisso internazionale Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC **UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore**Numero Registro Infortuni Aziendale **INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)**Nazione Comune Prov. CAP ISTAT ASL Prefisso internazionale Telefono Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC **Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e numero civico)**Nazione Comune Prov. CAP ISTAT Indirizzo E-MAIL Indirizzo PEC Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 11) **LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE****SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:** assegno circolare

(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

 accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBANCodice IBAN **TIMBRO E FIRMA**