



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 for worker details: 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, Tipologia di lavoro, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: 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

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Form 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 transf. in ferie riposi com. e lav. L, Importo M, Importo N, Importo O, Importo P, Altre mensilità aggiuntive S, Importo R, Importo T, Accantonamento cassa edile 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 + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Grid for total sum

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI



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 for worker details: 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., Cognome e nome o ragione sociale

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Codice Ditta, 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

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Form 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, In % oppure, Tredicesima mensilità, Premio di produzione O, In % oppure, Altre mensilità aggiuntive S, In % oppure, Importo N, Importo R, Importo T, Accantonamento cassa edile U, In %

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 for total sum: Totale generale

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI



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 GG MM AAAA Prov. Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'fortunato 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



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

		/			/									
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

## DENUNCIA D'INFORTUNIO

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		PARENTE DEL D.L.		Registro inf. n.										
					SI	NO	SI	NO											
Cognome e nome o ragione sociale																			

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale										C/C										
Codice Ditta										C/C	Codice Fiscale									
AZIENDA AGRICOLA		Amministrazione statale								Codice ministero										
SI	NO																			
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 fields for accident details: 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)

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.

Form fields: 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 NO

Form field: 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 field: 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 fields: 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

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 and insurance details.

Form fields: 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'

Form fields: DATA FIRMA

Form fields: 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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA**

**RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE**

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**IL DATORE DI LAVORO:**

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

**SEDE INAIL COMPETENTE**

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

**NOTE**

**(1) SESSO:** M = MASCHIO  
F = FEMMINA

**(2) STATO CIVILE:** 1 = CELIBE/NUBILE  
2 = CONIUGATO/A  
3 = VEDOVO/A  
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A  
6 = TUTELATO/A  
7 = MINORE

**TIPOLOGIA DI LAVORO**

**(3)**

**(4)**

**(5) Professione o mestiere**

A = Dipendente  
B = Autonomo senza dipendenti  
C = Autonomo con dipendente  
D = Coadiuvante familiare  
E = Socio  
F = Parasubordinato  
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno  
2 = Indeterminato a tempo parziale  
3 = Determinato a tempo pieno  
4 = Determinato a tempo parziale  
5 = Stagionale  
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:  
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

**(6) QUALIFICA**

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.**

**AGRICOLTURA**

01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista
06 = Sovrintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante	
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro	
09 = Medico radiologo	19 = Borsista	
10 = Detenuto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI e PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

Esempio: EURO 134,43 

						1	3	4
--	--	--	--	--	--	---	---	---

 , 

4	3
---	---



4P41

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case N. reservation

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for shipping date reservation

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

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Reimbursement data table with columns: 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 reporting changes in reimbursement bases: 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

Additional reimbursement elements section: 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, 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 + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Grid for total reimbursement request

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

Elementi aggiuntivi a base annua





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 (01, 02, 03)?, Durante il turno di notte?, 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)

Empty text box for accident description

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 details

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

Empty text box for work type and SI/NO options for usual work

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)

Empty text box 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)

Empty text box 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)

Empty text box for consequences and SI/NO options for fall height

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?

Empty text box for employer presence and truthfulness

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-related details

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Form fields for lesion type and location: Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura) Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

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

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA**

**RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE**

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro; (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni**.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore infortunato e la data dell'infortunio.

Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

**IL DATORE DI LAVORO:**

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare i **quadri riportati in basso nelle copie "C e D"**.

**SEDE INAIL COMPETENTE**

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

**NOTE**

**(1) SESSO:** M = MASCHIO  
F = FEMMINA

**(2) STATO CIVILE:** 1 = CELIBE/NUBILE  
2 = CONIUGATO/A  
3 = VEDOVO/A  
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A  
6 = TUTELATO/A  
7 = MINORE

**TIPOLOGIA DI LAVORO**

**(3)**

**(4)**

**(5) Professione o mestiere**

A = Dipendente  
B = Autonomo senza dipendenti  
C = Autonomo con dipendente  
D = Coadiuvante familiare  
E = Socio  
F = Parasubordinato  
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno  
2 = Indeterminato a tempo parziale  
3 = Determinato a tempo pieno  
4 = Determinato a tempo parziale  
5 = Stagionale  
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:  
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

**(6) QUALIFICA**

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.**

**AGRICOLTURA**

01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista
06 = Sovrintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante	
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro	
09 = Medico radiologo	19 = Borsista	
10 = Detenuto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

**(7) Solo per le Aziende Agricole**

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI e PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

**(8) DATI RETRIBUTIVI**

**ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO**

Esempio: EURO 134,43 

							1	3	4
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

 , 

4	3
---	---