

Fac – simile

DA INVIARE A CURA DEL LAVORATORE ALLA SOCIETA' SERVIZI AUSILIARI SICILIA S.C.p.A. – VIA LIBERTA', 37 – 90139 PALERMO, ANCHE TRAMITE FAX AL 091/6118511

Il/ la sottoscritto/ a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____ residente a _____
indirizzo _____ n. _____ numero telefono _____
cellulare _____ sede di lavoro _____
mansione _____
trasmette, in allegato, certificato medico rilasciato da struttura pubblica _____
attestante l'infortunio occorso completo di ogni elemento utile alla successiva compilazione della denuncia di infortunio.

Dati relativi all'infortunio:

- a. Luogo _____ data _____ orario _____
Durante il turno di notte? sì no
- b. È stato abbandonato il luogo di lavoro sì no (se si indicare) orario _____
- c. Descrizione particolareggiata delle cause e circostanze che hanno causato l'infortunio

- d. Indicare dove è avvenuto l'infortunio _____

- e. Indicare che tipo di attività lavorativa si stava svolgendo e se tale attività è rientrante nelle proprie mansioni e ciò in forza del vigente CCRL 2002/2005 _____

- f. Descrivere cosa si stava facendo in particolare al momento dell'infortunio _____

- g. Indicare cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio e in conseguenza di ciò cosa è avvenuto

- h. Indicare eventuali testimoni (cognome, nome, indirizzo e telefono)

- i. Indicare, in caso di infortunio provocato da circolazione di veicoli a motore, cognome, nome, indirizzo e telefono dei conducenti e dei proprietari dei veicoli coinvolti, numeri di targa, compagnie assicuratrici, autorità intervenute e se sono rimaste lese altre persone (cognome, nome, indirizzo e telefono)

Il lavoratore acconsente al trattamento dei dati personali e ciò ai sensi della normativa vigente in materia di privacy.

Il lavoratore dovrà recarsi presso la sede INAIL di competenza per il normale svolgimento dell'iter della pratica.

Data, _____

FIRMA _____ (leggibile)