



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

OGGETTO: relazione informativa - **Infortunio sul posto di lavoro** occorso al lavoratore :

ANAGRAFICA E UNITA' ORG.	Sig./ra Nato/a il/...../..... a
	Residente via a C. F.
	Coniugato/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Persone a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
 (Unità Organizzativa / Servizio/ Reparto/Ufficio) (Qualifica)
.....	Indirizzo (Via / piazza/ Numero) Comune Cell Tel/ Fax

AUTOCERTIFICAZIONE	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' Art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, T.U. delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa (*) - NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE - da fornire all'Azienda nei casi di Infortunio in itinere – Indidente stradale
	Il/la sottoscritto/a nat..... il
	Residente a Via n.
	In servizio con la qualifica di
	presso
	Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR. n° 445/2000, sotto la propria personale responsabilità. DICHIARA
In relazione all'infortunio occorsogli in data, che le notizie di seguito fornite rispondono al vero.	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO – QUADRO A -	Quando è avvenuto l'infortunio (specificare la data) : a che ora
	Dov'è avvenuto l'infortunio: (specificare il luogo).....
	In che modo è avvenuto l'Infortunio ?
	Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio ?
	Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?(indicare attività generica)
 Era il suo lavoro consueto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Manutenzione / pulizia/ conduzione di mezzo di trasporto)
	Al momento dell'infortunio che stava facendo in particolare il lavoratore? (indicare attività specifica)
 (Stava praticando la terapia al pz / Saliva le scale / Sollevava un peso / stava guidando)
	Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (indicare l'evento causa dell'infortunio)
 (perdita dell'equilibrio / Rottura guanti/ Piede in fallo/ è scivolato)
In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (indicare il modo in cui il dipendente si è infortunato)	
..... (caduta al suolo/ puntura da ago / sforzo fisico / shock elettrico)	



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO – QUADRO A – (2)	Natura della lesione? (Trauma/ Frattura/ Puntura/ Caduta/ Taglio/ Abrasione / Contusione)	Sede della lesione? (Mano dx/ piede sx/torace)
	Il Datore di lavoro era presente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ritiene che la descrizione riferita risponde a verità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Il lavoratore ha abbandonato il luogo di lavoro ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando?/...../...../ A che Ora?
	Il/la Lavoratore: <input type="checkbox"/> ha informato con immediatezza il Servizio ed è stato accompagnato/ avviato con urgenza al più vicino Pronto Soccorso oppure <input type="checkbox"/> Si è recato di propria iniziativa al Pronto Soccorso ed ha informato il Servizio	
	Il/la dipendente: <input type="checkbox"/> Utilizzava <input type="checkbox"/> Non utilizzava	i Dispositivi Individuali di Protezione (DIP) in dotazione
	Se ha risposto no, perché?	
	Indicare le generalità di eventuali testimoni	
	Il lavoratore	Il Dirigente / Il Responsabile
	_____	_____
		(Timbro e Firma)