

RACCOLTA DATI DENUNCIA D'INFORTUNIO DA TRASMETTERE A FEINAR SRL

Per una corretta compilazione del modello sono necessari i seguenti dati:

- DENOMINAZIONE DITTA: _____
- COGNOME E NOME DELL'INFORTUNATO: _____
- MANSIONI SPECIFICHE SVOLTE DALL'INFORTUNATO _____
- TIPOLOGIA DI LAVORO: ☐ indeterminato T.P. ☐ determinato T.P. ☐ indeterminato P.T. ☐ determinato P.T.
☐ Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso altro contratto part-time (non applicabile Art. 70)
 Ragione sociale _____ Recapito telefonico _____
- ART. 70 (ANT. INDENNITA' PER INABILITA' TEMPORANEA) ☐ SI (Allegare IBAN) - ☐ NO

Luogo esatto dove è avvenuto l'infortunio (indicare se nello stabilimento/sede aziendale oppure indicare il luogo esatto/cantiere/ecc).

- COMUNE IN CUI È AVVENUTO: _____
- UNITA' PRODUTTIVA _____ REPARTO _____
- L'infortunio è accaduto in Cantiere (per lavori edili o di ingegneria civile) ☐ SI - ☐ NO
- INDIRIZZO CANTIERE: via _____ comune _____
- IL GIORNO: _____ ALLE ORE: _____ DURANTE QUALE ORA DI LAVORO: _____
- DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO: _____ ALLE ORE: _____
- SAPUTO IL FATTO IL: _____ DATA RICEZIONE PRIMO CERTIFICATO: _____
- IL DATORE DI LAVORO ERA PRESENTE: SI - NO RITIENE LA DESCRIZIONE VERITIERA: SI - NO
- DESCRIZIONE LAVORAZIONE SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO E RELATIVE CAUSE: _____

- CHE TIPO DI LAVORAZIONE STAVA SVOLGENDO (es: manutenzione, costruzione, ristrutturazione, ecc): _____

- LAVORAZIONE ABITUALE: SI - NO

- NATURA DELLA LESIONE: _____

- N° GIORNI: _____

- TOTALE ORE STRAORDINARIE EFFETTUATE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI: _____

	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	GG	INF
ORE																	

Nel caso in cui l'evento si fosse verificato presso o all'interno di un'altra azienda indicarne:

- CODICE FISCALE _____ RAGIONE SOCIALE _____
- in appalto ☐ SI ☐ NO
- DATI ANAGRAFICI TESTIMONI (MAX. 5) _____

IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

- DATI DEL CONDUCENTE (Nome, Cognome, Residenza, Indirizzo) _____

- DATI DEL PROPRIETARIO (Nome, Cognome, Residenza, Indirizzo) _____

- TARGA: _____ COMPAGNIA ASSICURATRICE: _____

- CHI HA EFFETTUATO I RILIEVI: _____

N.B.: ALLEGARE IL CERTIFICATO RILASCIATO DAL PRONTO SOCCORSO

Il/la Signor/a _____ Cognome _____ Nome _____ in qualità di datore di lavoro

SOTTOSCRIVENDO IL PRESENTE MANDATO DICHIARA (anche ai sensi del D.P.R.445/2000 e s.m.i.)

- che fornisce i dati di cui sopra ai sensi del T.U. Infortuni (DPR n.1124/65 e s.m.i) e del T.U. Sicurezza (D.Lgs. n.81/08 e s.m.i.), conferendo il più ampio mandato ai sensi dell'art.1703 C.C. e seguenti a Feinar Srl (grande utente già delegato ai sensi della l.12/1979) per lo svolgimento di tutti gli adempimenti di legge (invio e sottoscrizione on line denuncia compresi) verso l'Inail, nonché quelli verso l'autorità di pubblica sicurezza e la DTL competenti ai sensi degli artt.54,57 DPR 1125/65;
- che i dati forniti con il presente documento sono rispondenti a verità e sono stati raccolti/trattati nel rispetto del Regolamento Europeo sulla Privacy - GDPR UE 2016/679,
- di essere consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele, incompleta e al contempo, esonera Feinar Srl da ogni responsabilità diretta, indiretta o solo collegata dall'omessa/infedele/erronea comunicazione dei dati relativi all'evento in denuncia.

Data ____/____/____

Timbro e Firma _____

Feinar Srl

Via Guido Rossa, 101 - Loc. Mier - 32100 Belluno
 Tel. 0437 2121 - e-mail: info@feinar.it - pec: feinar@legalmail.it - www.feinar.it
 cod. Fiscale - P.IVA . N. iscrizione Registro Imprese TV-BL: 00091610253 - R.E.A. BL 75956
 Cap. Soc. € 1.000.000,00 i.v.

ACC/MD49-22

DATI INFORTUNIO



Pagina 1 di 1