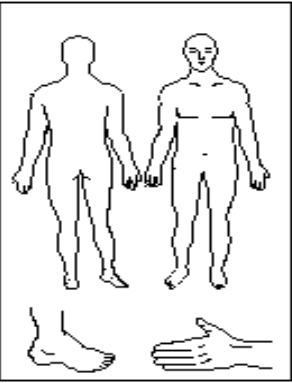




DITTA _____	DENUNCIA INFORTUNIO Usa Interno	N. _____																		
Dati del dipendente:		Protezione personale																		
Cognome e nome: _____ Qualifica e mansione: _____ Inizio lavoro alle: _____ del giorno: _____ Infortunio accaduto il: _____ alle ore: _____ Primo soccorso il: _____ alle ore: _____ Abbandono del posto il: _____ alle ore: _____ Prognosi fatta da: _____ Per giorni: _____ Rientro il: _____ Luogo: _____ _____ Reparto: _____ Data consegna primo certificato al datore di lavoro: _____		<input type="checkbox"/> Calzature protettive <input type="checkbox"/> Elmetto antinfortunistico <input type="checkbox"/> Cuffia antirumore <input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Occhiali protettivi <input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza <input type="checkbox"/> Ghettoni <input type="checkbox"/> Altri																		
Attività svolte al momento dell'infortunio																				
L'infortunato era autorizzato a lavorare nel reparto? Usava i dispositivi di protezione individuale necessarie per l'attività? Ha rispettato le disposizioni relative all'antinfortunistica? Il datore di lavoro era presente? Il datore di lavoro ritiene che la descrizione risponde a verità?		<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">L'infortunato era autorizzato a lavorare nel reparto?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Usava i dispositivi di protezione individuale necessarie per l'attività?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ha rispettato le disposizioni relative all'antinfortunistica?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Il datore di lavoro era presente?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Il datore di lavoro ritiene che la descrizione risponde a verità?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	L'infortunato era autorizzato a lavorare nel reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usava i dispositivi di protezione individuale necessarie per l'attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha rispettato le disposizioni relative all'antinfortunistica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il datore di lavoro era presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il datore di lavoro ritiene che la descrizione risponde a verità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO																		
L'infortunato era autorizzato a lavorare nel reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Usava i dispositivi di protezione individuale necessarie per l'attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Ha rispettato le disposizioni relative all'antinfortunistica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Il datore di lavoro era presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Il datore di lavoro ritiene che la descrizione risponde a verità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Descrizione particolareggiata della dinamica dell'evento e dell'imprevisto che lo ha causato																				
_____ _____ _____ _____																				
Elementi materiali causa dell'infortunio	Indicare il punto della lesione con: ● ♦ ✦	Tipo di lesione																		
Macchine o attrez. in movimento <input type="checkbox"/> Utensili meccanici utilizzati a mano <input type="checkbox"/> Utensili manuali <input type="checkbox"/> Materiali corrosivi, caustici, tossici <input type="checkbox"/> Vapori e gas nocivi, polveri <input type="checkbox"/> Corrente elettrica <input type="checkbox"/> Forno, materiale rovente <input type="checkbox"/> Disp.per maneggiare o alzare materiali <input type="checkbox"/> Disp.per legare, alzare materiali <input type="checkbox"/> Oggetti trasportati manualmente <input type="checkbox"/> Ogg. manipolati sul posto di lavoro <input type="checkbox"/> Ogg. o materiale fermo, fuori posto <input type="checkbox"/> Caduta da un altro piano <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Corpo Estraneo (●) <input type="checkbox"/> Altro tipo di lesione agli occhi <input type="checkbox"/> Trauma (♦) <input type="checkbox"/> Contusione (♦) <input type="checkbox"/> Distorsione (♦) <input type="checkbox"/> Lussazione (♦) <input type="checkbox"/> Strappo muscolare (♦) <input type="checkbox"/> Lesione fondo schiena (♦) <input type="checkbox"/> Lesione superficiale (✦) <input type="checkbox"/> Ferita da puntura (✦) <input type="checkbox"/> Abrasione (✦) <input type="checkbox"/> Bruciatura (✦) <input type="checkbox"/> Frattura (✦) <input type="checkbox"/> Amputazione (✦) <input type="checkbox"/> Altro _____																		
In caso di incidente allegare dati conducenti, numeri targa, compagnie assicurazione, autorità intervenuta																				
Testimoni infortunio		Registro Infortuni n: _____ Responsabile sicurezza: _____ Data e Luogo di compilazione: _____ Firma datore di lavoro _____																		
Cognome	Nome																			
_____	_____																			
_____	_____																			