

**DATI DEL DIPENDENTE**

**DITTA**

Cognome e nome	<input type="text"/>		
Qualifica e mansione	<input type="text"/>		
Orario previsto nella giornata	<input type="text"/>		
Inizio lavoro il giorno	<input type="text"/>	Alle ore	<input type="text"/>
Infortunio accaduto il	<input type="text"/>	Alle ore	<input type="text"/>
Primo soccorso il	<input type="text"/>	Alle ore	<input type="text"/>
Abbandono del posto il	<input type="text"/>	Alle ore	<input type="text"/>
Prognosi fatta da	<input type="text"/>	Per giorni	<input type="text"/>
Rientro il giorno	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>
Reparto	<input type="text"/>	Data consegna primo certificato al datore di lavoro	<input type="text"/>

**È OBBLIGATORIO ALLEGARE IL CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO**

**PROTEZIONE PERSONALE**

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"/>
Ghette	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

**ATTIVITÀ SVOLTE AL MOMENTO  
DELL'INFORTUNIO**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
L'infortunato era autorizzato a lavorare nel reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usava i dispositivi di protezione individuale necessari 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 risponda 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

Macchine o attrezzature in movimento	<input type="checkbox"/>	Disp. per maneggiare o alzare materiali	<input type="checkbox"/>
Utensili meccanici utilizzati a mano	<input type="checkbox"/>	Disp. per legare, alzare materiali	<input type="checkbox"/>
Utensili manuali	<input type="checkbox"/>	Oggetti trasportati manualmente	<input type="checkbox"/>
Materiali corrosivi, caustici, tossici	<input type="checkbox"/>	Oggetti manipolati sul posto di lavoro	<input type="checkbox"/>
Vapori e gas nocivi, polveri	<input type="checkbox"/>	Oggetti o materiale fermo, fuori posto	<input type="checkbox"/>
Corrente elettrica	<input type="checkbox"/>	Caduta da un altro piano	<input type="checkbox"/>
Forno, materiale rovente	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="text"/>

## TIPO DI LESIONE

Corpo Estraneo	<input type="checkbox"/>	Lesione superficiale	<input type="checkbox"/>
Altro tipo di lesione agli occhi	<input type="checkbox"/>	Ferita da puntura	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>	Abrasione	<input type="checkbox"/>
Contusione	<input type="checkbox"/>	Brucciatura	<input type="checkbox"/>
Distorsione	<input type="checkbox"/>	Frattura	<input type="checkbox"/>
Lussazione	<input type="checkbox"/>	Amputazione	<input type="checkbox"/>
Strappo muscolare	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="text"/>
Lesione fondo schiena	<input type="checkbox"/>		

## INDICARE IL PUNTO ESATTO DELLA PARTE DEL CORPO IN CUI È AVVENUTA LA LESIONE:

In caso di incidente allegare dati conducenti, numeri targa, compagnie assicurazione, autorità intervenuta, verbale incidente o constatazione amichevole.

## TESTIMONI INFORTUNIO

Cognome e nome	<input type="text"/>	Responsabile sicurezza	<input type="text"/>
Cognome e nome	<input type="text"/>	Data e luogo compilazione	<input type="text"/>
Cognome e nome	<input type="text"/>	Firma datore di lavoro	<input type="text"/>