

DICHIARAZIONE DI AVVENUTO INFORTUNIO

Da trasmettere firmata dal Responsabile del Servizio e da eventuali testimoni all'ufficio del Personale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che il dipendente \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ha subito un infortunio sul lavoro come sotto specificato:

- luogo di infortunio \_\_\_\_\_
- durante quale ora di lavoro (es.: 01 nel caso della prima ora di lavoro.....) \_\_\_\_\_
- data e ora di abbandono del lavoro da parte dell'infortunato \_\_\_\_\_
- descrizione particolareggiata delle cause e circostanze:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- dove è avvenuto l'infortunio? (es. cucina, sala distribuzione, scale, ufficio, in strada.....)  
\_\_\_\_\_
- che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es.: lavoro amm.vo, preparazione pasti, allestimento isole distribuzione, conduzione mezzi di trasporto, ecc.)  
\_\_\_\_\_
- al momento dell'infortunio cosa stava facendo in particolare il lavoratore (es.: sollevava cassa, guidava, tagliava carne, ecc.....) \_\_\_\_\_
- che cosa è successo d'imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio (es.: ha perso l'equilibrio, ha perso il controllo del mezzo ecc.....) \_\_\_\_\_
- in conseguenza di ciò che cosa è avvenuto (es.: caduta al suolo, ferita da taglio, ecc.....)  
\_\_\_\_\_
- indicare nominativo di eventuali testimoni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dei testimoni

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_