

QUESTIONARIO INFORTUNIO SUL LAVORO

Datore di lavoro:
Lavoratore:

Parente del datore di lavoro	O SI	O NO
Persone a carico	O SI	O NO
Mansione dettagliata:		
Reparto in cui opera abitualmente il lavoratore:		

Luogo dell'infortunio:		
Indirizzo luogo infortunio:		
Infortunio in itinere	O SI	O NO
Incidente con mezzo di trasporto	O SI	O NO
Incidente presso altra azienda	O SI	O NO
Se si indicare il codice fiscale e la ragione sociale dell'altra azienda nonché se la lavorazione è in regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi		
Data infortunio:		
Ora infortunio (hh:min):		
Durante quale ora di lavoro (prima, seconda, etc.)		
Giorno festivo	O SI	O NO
Turno notturno	O SI	O NO
L'infortunato ha abbandonato il lavoro	O SI	O NO
Se si indicare la data e l'ora di abbandono		
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il		
Il datore di lavoro era presente	O SI	O NO
La descrizione riferita dal lavoratore risponde a verità	O SI	O NO
Se no motivare		
Descrizione dettagliata dell'infortunio:		
Dov'era il lavoratore al momento dell'infortunio?		
Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore?		
Era il suo lavoro consueto	O SI	O NO
Cosa stava facendo in particolare?		
Che cosa è successo di imprevisto?		

Testimoni: (per ogni testimone indicare Cognome, Nome, Indirizzo e recapito telefonico)
In caso di incidente stradale fornire i dati dei veicoli coinvolti nonché i dati dell'eventuale autorità intervenuta

Prestazione lavorativa nei 15 giorni antecedenti l'infortunio

Data																			
O																			
S																			

Allegare copia certificato medico con il numero di protocollo