



RICHIESTA INDENNITÀ INFORTUNIO / SUPPORTO INAIL **Associazione Omnia – Tutela Consumatori**

Normativa di riferimento: INAIL – Testo Unico 1124/1965 – D.Lgs. 81/08

DATI DEL LAVORATORE

Nome e Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Indirizzo: _____
Telefono: _____
Email / PEC: _____

DATI DELL'AZIENDA / DATORE DI LAVORO

Azienda / Ente: _____
Indirizzo: _____
PEC / Email: _____

TIPO DI RICHIESTA (barrare)

- Indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta
- Anticipazione aziendale dell'indennità (dove prevista)
- Riconoscimento postumi / inabilità permanente
- Richiesta visita medico-legale INAIL
- Opposizione a provvedimento INAIL
- Supporto per ricostruzione dinamica dell'infortunio

DATI DELL'INFORTUNIO

Data evento: __/__/_____
Ora: _____
Luogo: _____
Numero pratica INAIL (se disponibile): _____

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

DOCUMENTI ALLEGATI

- Certificato medico INAIL
- Pronto soccorso / referti medici
- Eventuali farmaci o terapie prescritte
- Comunicazioni aziendali
- Documento di identità

RICHIESTA FORMALIZZATA

Con la presente richiedo l'attivazione delle procedure INAIL per l'ottenimento dell'indennità

e per la corretta gestione della pratica infortunistica, come previsto dalla normativa vigente.

Luogo e data: _____

Firma: _____