



## SEGNALAZIONE INFORTUNIO SUL LAVORO / MALATTIA PROFESSIONALE

### Associazione Omnia – Tutela Consumatori

**Normativa di riferimento:** INAIL – D.Lgs. 81/08 – Codice Civile – Obblighi del datore di lavoro

#### DATI DEL LAVORATORE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Ruolo/Mansione: \_\_\_\_\_

Reparto/Sede: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Email / PEC: \_\_\_\_\_

#### DATI DELL'AZIENDA / DATORE DI LAVORO

Azienda / Ente: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

PEC / Email: \_\_\_\_\_

#### TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE (barrare)

- Infortunio sul lavoro
- Infortunio in itinere
- Malattia professionale sospetta
- Ricaduta di precedente infortunio
- Mancata denuncia INAIL da parte del datore

#### DATI DELL'INFORTUNIO / MALATTIA

Data evento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Ora: \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_

Descrizione dinamica dell'evento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### LESIONI RIPORTATE

- Contusioni / traumi
- Tagli / ferite
- Fratture / distorsioni
- Problemi respiratori / esposizioni
- Disturbi muscolo-scheletrici
- Altro: \_\_\_\_\_

#### TESTIMONI (se presenti)

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI ALLEGATI**

- Certificato medico pronto soccorso
- Certificato INAIL primo referto
- Foto / video del luogo dell'incidente
- Turnazioni / registro presenze
- DPI utilizzati / mancanti
- Documento di identità

**RICHIESTA**

- Denuncia INAIL immediata
- Riconoscimento malattia professionale
- Attivazione procedura aziendale sicurezza
- Messa in sicurezza del luogo
- Controllo medico competente

**RICHIESTA FORMALE**

Con la presente segnalo l'infortunio/malattia sopra descritti e chiedo l'attivazione delle procedure previste dalla normativa vigente, inclusa la denuncia all'INAIL ove necessaria.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_