|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://lh5.googleusercontent.com/TTfkAq51XHq9HRYzMG_1IKwoCFq0rnmCmQbFZx_66ZaHleeYPpyzrmJ1Svt8Zq6Ryxb17TosAEktVRJKDdGC6jlgqUN4s3or2-ecj46aVM3oYpgBYL4EtWeXIBd6b0sJArpNIBV-_2nuv3M_DPdwwQ | *Ministero dell’Istruzione e del Merito*  *Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*  **ISTITUTO COMPRENSIVO “NELSON MANDELA”**  Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° grado  Via dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349  Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587  rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.it  [www.icnelsonmandela.edu.it](http://www.icnelsonmandela.edu.it) | https://lh5.googleusercontent.com/lw557pbmbAT2tv-JdhstS4DDtFWlm_MzcyI0b4_Ix1MBwrIR25MuFbjc0mcUnEZBSDEFvDRbIPvZazc3oF4Qqn-Jf0Br1fWakz1lKF05CWGcqAXZvwDtvKJXD6JvJ2drAEW1yDKuUNJUsrK2iL5bAw |

**DENUNCIA DI INFORTUNIO - PERSONALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI INFORTUNATO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome e nome:** | |  | | | | | | | | | | | | **qualifica:** | | | | | | |
| **NATO A:** | |  | | | | | | | | | | | | | **IL** | | | | | |
| **RESIDENTE in:** | |  | | | | | | | | | | | | | **CAP** | | | | | |
| **VIA:** | |  | | | | | | | | | | | | | **N°** | | | | | |
| **Codice fiscale** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| **DATI DEL SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA:** | **ORA:** | | | | **LUOGO DI ACCADIMENTO:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TESTIMONI PRESENTI** | | | | | 1. COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIZIONE DELL’INFORTUNIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **In che modo è avvenuto l’infortunio?**  **Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore?**  **Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l’infortunio?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LESIONI FISICHE e/o DANNI MATERIALI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E’ stato necessario l’immediato intervento dei sanitari (intervento del 118)? SI NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’infortunato ha abbandonato il luogo di lavoro SI alle ore \_\_\_\_\_\_\_ NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTAZIONE MEDICA ALLEGATA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Certificato Medico rilasciato da PRONTO SOCCORSO MEDICO CURANTE**  **Esiste altra documentazione medica? SI NO**  **(in caso di risposta affermativa allegare documentazione precisando numero e tipologia dei documenti)**  **N° E TIPO DOCUM.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Data: Firma del dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma testimone/i: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**