|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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° gradoVia dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587rmic8fw00e@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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**