

Luogo....., data

COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Corso di studio:			
Nato a		Data di nascita	
Codice fiscale		Cittadinanza	Stato civile
Residente in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.
Domiciliato in (via, piazza, n. civico)		Comune	Prov.
Telefono abitazione	Cellulare	E-mail	

comunica di aver subito un infortunio come di seguito descritto:

Luogo dell'evento		Indirizzo (via, piazza, n. civico)	
		Comune	Prov.
Data dell'evento (GG/MM/AAAA)		Alle ore (HH:MM)	
Data abbandono luogo di lavoro (GG/MM/AAAA)		Alle ore (HH:MM)	

Dati relativi al certificato medico (art. 53 del DPR n. 1124/1965 così come modificato dal D.Lgs. n. 151/2015 art. 21 comma 1 lett. b)		
N. identificativo del certificato	Data rilascio	Prognosi (dal al)

Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi	
---	--

Si allega certificazione medica.

Firma dell'infortunato

N.B: ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 1124/1965 art. 52 si ricorda che "il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia di qualsiasi infortunio che gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro"