



Alla Direzione Medica di Presidio

- P.O. "G. Rodolico"  
 P.O. "San Marco"

## RAPPORTO INFORTUNIO SUL LAVORO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

(Prov \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ n. telefonico \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ UO \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Data assunzione \_\_\_\_\_ Data cessazione \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro:  Determinato  Indeterminato  Tempo pieno  Part time

In servizio:  mattina  pomeriggio  notte

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il dipendente dichiara di essersi presentato al Pronto Soccorso del PO \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ giorni di prognosi \_\_\_\_\_

### Dichiara di aver subito il seguente infortunio

Data dell'infortunio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_:

Il/la sottoscritto/a interrompe il suo turno di servizio alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a continua il proprio turno di servizio

**Descrizione dell'infortunio:** in che modo è avvenuto l'infortunio?

(Descrizione dettagliata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

---

---

---

---

---

---

**Luogo dell'infortunio**

(Indicare il nome del Presidio Ospedaliero, Unità Operativa, Edificio, Livello, Stanza/Luogo)

---

---

---

**Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?**  
(es. visitava il paziente, cambiava la biancheria, effettuava le pulizie dell'ambiente, ecc.)

---

---

---

Era il suo lavoro consueto?  SI /  NO

**Che cosa è successo di imprevisto per cui è accaduto l'infortunio?**

(es. DPI non disponibili, ecc.)

---

---

---

**In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto?**

(es. contatto prolungato cute-cute, ecc.)

---

---

---

**Altre persone coinvolte nel medesimo infortunio:**

---

---

---

**Eventuali testimoni (nome e cognome)**

---

---

---



### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false o mendaci, firmando il presente documento dichiaro che tutti i dati qui riportati e le attestazioni eventualmente allegate sono corrispondenti al vero e/o conformi alla documentazione originale e nei casi ammessi hanno, ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni, valore di autocertificazione o dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_ **Firma dell'infortunato** \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

**Allegare i seguenti documenti:**

- fotocopia del documento di identità e tessera sanitaria
- fotocopia del certificato di infortunio sul lavoro INAIL
- fotocopia certificato medico dermatologico con diagnosi di scabbia