



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/o _____, 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
- fotocopia del verbale di pronto soccorso
- fotocopia del certificato di infortunio sul lavoro INAIL
- fotocopia certificato medico dermatologico con diagnosi di scabbia