

## DICHIARAZIONE D'INFORTUNIO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. STESSO PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI

\_\_L\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**  
**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE**

IN DATA \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ Durante la \_\_\_\_ (1°, 2°, 3° ecc.) ora di lavoro

PRESSO \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

HA SUBITO UN INFORTUNIO SUL LAVORO IL/LA SIG. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

STATO DI NASCITA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

DOMICILIATO A: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO : \_\_\_\_\_

PERSONE A CARICO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Barrare la casella che interessa)

### DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, ATTIVITA' O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di prevenzione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TESTIMONI DELL'INFORTUNIO (Cognome, Nome, Indirizzo, Telefono)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (\*)

(\*) indicare la data di consegna del modulo all'Amministrazione.

Firma \_\_\_\_\_

**NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (D. LGS. 7 SETTEMBRE 2005, N. 209)**  
(Da compilare solo nel caso di infortunio subito in occasione o a causa della circolazione di veicoli a motore)

**DATI DEL VEICOLO SU CUI VIAGGIAVA L'INFORTUNATO:**

_____	
COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	_____
TARGA: SIGLA E NUMERO	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art.20 legge cit.
_____	
AUTORITA' INTERVENUTA	

**DATI DELL'ALTRO VEICOLO COINVOLTO:**

_____	
COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	_____
TARGA: SIGLA E NUMERO	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi della normativa citata

**DATI D'ALTRI EVENTUALI VEICOLI COINVOLTI:**

_____	
COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO	
_____	_____
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
_____	
C.A.P.	
_____	_____
TARGA: SIGLA E NUMERO	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi della normativa citata

Data \_\_\_\_\_ (\*)

Firma \_\_\_\_\_

(\*) indicare la data di consegna del modulo all'Amministrazione.