Notifica di infortunio

**Dati personali**

|  |
| --- |
| Cognome / nome      (come da passaporto o carta d'identità) |
| Via, numero civico       |
| CPA / luogo       |
| Servizio       |
| Impiego      (denominazione del posto) |

**Indicazioni in merito all'infortunio**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo di infortunio | [ ]  **Infortunio professionale**Oggetti interessati:     -------------------------------------------------------------------------------------------[ ]  **Infortunio non professionale**Ultima volta al lavoro prima dell'infortunio:Data: Klicken um ein Datum auszuwählen Ora:      Motivo dell'assenza:      |
| Durata dell'infortunio | [ ]  **Bagatella**(max. 3 giorni incapacità lavorativa: giorno dell'infortunio + 2 giorni successivi)------------------------------------------------------------------------------------------[ ]  **Infortunio** (più di 3 giorni incapacità lavorativa) |
| Data del danno | Data: Klicken um ein Datum auszuwählen Ora:       |
| Incapacità lavorativa | Lavoro sospeso a causa dell'infortunio: [ ]  Sì [ ]  No-------------------------------------------------------------------------------------------Se sì, da quando?Data: Klicken um ein Datum auszuwählen Ora:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Fattispecie | Descrizione delle circostanze dell'infortunio:      |
| Persone coinvolte (nome / indirizzo):      |
| È stato redatto un rapporto di polizia? [ ]  Sì [ ]  No |
| Luogo dell'infortunio | CPA / luogo:     -------------------------------------------------------------------------------------------Ubicazione dell'infortunio:      |
| Lesione principale | Parte del corpo interessata:      [ ]  Sinistra [ ]  Destra [ ]  Non determinabile-------------------------------------------------------------------------------------------Tipo di danno:      |
| Lesione | Parte del corpo interessata:      [ ]  Sinistra [ ]  Destra [ ]  Non determinabile-------------------------------------------------------------------------------------------Tipo di danno:      |
| Indirizzi medici | Medico o ospedale/clinica che si è occupato del primo trattamento:     -------------------------------------------------------------------------------------------Medico o ospedale/clinica che si è occupato dei trattamenti successivi:      |