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: |