

Modello

Versione

## COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO SUL LAVORO

(D.P.R. n. 1124/65)

Il/La sottoscritto/a:

<b>DATORE DI LAVORO</b>	COGNOME	NOME		
	SOCIETA'			
	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA O STATO ESTERO
	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO		TELEFONO
	DOCUMENTO	NUMERO	RILASCIATO DA	DATA DI RILASCIO

comunica che in data  alle ore  si è verificato un infortunio sul lavoro in località  che ha coinvolto il/la Signor/a:

<b>INFORTUNATO</b>	COGNOME	NOME		
	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA O STATO ESTERO
	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO		TELEFONO
	DOCUMENTO	NUMERO	RILASCIATO DA	DATA DI RILASCIO

producendo lesioni giudicate guaribili in  giorni, salvo complicazioni.

<b>ALLEGATI</b>	<input type="checkbox"/> <b>Denuncia di infortunio sul lavoro (modello simile a quello trasmesso all'I.N.A.I.L.)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Referto rilasciato dal presidio medico (certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso)</b>
	<input type="checkbox"/>

Data

Il Dichiarante

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI PUBBLICA SICUREZZA

Il/La Signor/a  ha presentato in data

la presente comunicazione relativa ad infortunio sul lavoro avvenuto sul territorio comunale.

L'Incaricato