

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data di decesso (GG/MM/AAAA) _____

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono cellulare _____

Indirizzo Email _____ Indirizzo Pec _____

Lavoratore marittimo (2) Sì No Parente del datore di lavoro Sì No Persone a carico Sì No Tutela Inps in caso di malattia comune Sì No

Matricola _____ Compartimento _____

Categoria marittimo (3) _____

Tipologia di lavoratore (4) _____ Tipologia di contratto (5) _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____ CRL _____

CCNL - Settore lavorativo CNEL (6) _____ CCNL - Categoria CNEL (7) _____

Qualifica assicurativa (8) _____

Qualifica professionale personale marittimo Unimare (9) _____

Voce professionale Istat (10) _____

| | | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Codice fiscale | | Cognome e nome o ragione sociale | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Codice ditta | Posizione assicurativa navigazione | Tipo certificato | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Indirizzo della sede legale (via, piazza, ... numero civico) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prefisso internazionale | Telefono | Indirizzo Email | | Indirizzo Pec | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| | | |
|--|----------------------------|----------------------|
| Nome nave | | |
| <input type="text"/> | | |
| Bandiera | Numero certificato | Porto di iscrizione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tipo registro | Numero di registro | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Categoria di naviglio | Servizio a cui è abilitata | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Periodo di armamento/classificativo dal <input type="text"/> (GG/MM/AAAA) al <input type="text"/> (GG/MM/AAAA) | | |

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Indirizzo per l'invio della corrispondenza [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza, ... numero civico) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Indirizzo Email per l'invio della corrispondenza | | | Indirizzo Pec per l'invio della corrispondenza | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE

SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:

- vaglia postale/assegno circolare
(valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

- accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban

codice Iban

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Infortunio in itinere Sì No
 Infortunio a bordo Sì No
 Infortunio in navigazione Sì No
 Incidente con mezzo di trasporto Sì No
 Incidente stradale
 Incidente ferroviario
 Incidente aereo
 Incidente navale
 Altro

Luogo dell'evento - Se l'evento avviene in navigazione, indicare in prossimità di quale località geografica è avvenuto (es. acque antistanti il porto di..., a largo delle coste del..., in mare aperto in prossimità ...)

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)

Nazione
 Comune
 Prov.
 Cap
 Istat
 Asl

Data evento (GG/MM/AAAA)
 Giorno festivo Sì No
 Alle ore :
 Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...)
 Durante il turno di notte Sì No

Data imbarco (GG/MM/AAAA)
 Ufficio/Porto imbarco

Data sbarco (GG/MM/AAAA)
 Ufficio/Porto sbarco

Sbarco regolarizzato (11) Sì No
 Condizioni meteo (12)
 Data primo approdo (GG/MM/AAAA) (13)

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) Sì No
 Alle ore :
 Il comandante/datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA)

Il comandante/datore di lavoro era presente? Sì No
 Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? Sì No

Se ha risposto no, perchè?

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**PRIMO CERTIFICATO MEDICO**

Identificativo certificato

Data in cui il comandante/ datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore GG/MM/AAAA

Prognosi riservata
 Malattia infortunio (14)

Periodo di prognosi GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA

dal al

CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO

Identificativo certificato

Data in cui il comandante/ datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA

dal al

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

IN PARTICOLARE:

Dove è avvenuto l'infortunio? (es. in sala macchine, in coperta, sul molo)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. lavoro di tipo ittico, pesca, pulizia di locali, manutenzione, ispezione macchinari o attrezzature)

Era il suo consueto lavoro? Sì No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. lanciava la cima di ormeggio, saliva le scale)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto al lavoratore? (es. sbatteva, cadeva, si schiacciava)

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (15)

Sede della lesione (16)

DATI PER L'AUTORITÀ PORTUALE O CONSOLARE (art. 54 d.p.r. 1124/1965):

La lesione ha provocato la morte? Sì No
 Sembra poterla provocare? Sì No

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? Sì No

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro?

Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:**PRIMO TESTIMONE**

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

SECONDO TESTIMONE

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 e s.m.i.), INDICARE:**PRIMO VEICOLO**

| | | |
|----------------------|--|--|
| Targa veicolo | Compagnia assicurativa o impresa designata | Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATI DEL CONDUCENTE:

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Ragione sociale | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

SECONDO VEICOLO

| | | |
|----------------------|--|--|
| Targa veicolo | Compagnia assicurativa o impresa designata | Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATI DEL CONDUCENTE:

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSI DAL CONDUCENTE:

| | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Ragione sociale | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) | | Prefisso internazionale | Telefono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO:
LA RETRIBUZIONE E' COMPUTATA SU BASE:

Mensile/mensilizzata

Convenzionale

Data imbarco (GG/MM/AAAA)

Data sbarco (GG/MM/AAAA)

CRL

Comandata

ELEMENTI FISSI

(PAGA BASE CONGLOBATA+SCATTI ANZIANITA'+INTEGRAZIONE AZIENDALE FISSA, ECC.) (vedi nota a)

Importo

 , **VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 30 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO**

(da utilizzare in caso di cambio di qualifica o rinnovo contrattuale ecc.)

Importo

 ,

Data variazione dal

GG/MM/AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 30 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO

(in caso di imbarco inferiore al mese indicare i valori effettivamente corrisposti per il minor periodo):

Indennità di navigazione e cisterna
esposta al 50% (d.lgs. 314/1997) , Importo altri elementi retributivi
connessi ad attività lavorative svolte
nel periodo di riferimento (vedi nota b) , Importo elementi retributivi individuali
(assegni ad personam e bonus)
(vedi nota c) ,

Compenso festività nazionali

 ,

N. giorni

Importo riposi compensativi e
rateo ferie non usufruite ,

N. giorni

Importo lavoro straordinario

 ,

N. ore

Tredicesima mensilità

Importo rateo

 ,

Altre mensilità aggiuntive

Importo rateo

 , **NOTE**

- a) Gli elementi fissi della retribuzione vanno rapportati al mese nel caso in cui l'assistito abbia lavorato per un periodo inferiore ai 30 giorni
- b) Nel campo va indicato l'importo totale delle eventuali ulteriori voci variabili effettivamente maturate e corrisposte nel periodo di riferimento che costituiscono base imponibile per il computo dei contributi (es: indennità di rappresentanza per comandanti e direttori di macchina imbarcati su navi fino a 3000 T.S.L.; la parte eccedente la quota esente della panatica per i marittimi a terra; ecc). sono tassativamente escluse le voci individuate dall'art. 6 del d. lgs. 314/97
- c) Salvo diverse indicazioni del contratto individuale/lettera d'imbarco gli elementi retributivi individuali riferiti all'intero periodo di imbarco devono essere suddivisi per il periodo d'imbarco stesso e presi in considerazione per la frazione maturata nei trenta giorni precedenti lo sbarco

Il sottoscritto

Datore di lavoro Delegato del datore di lavoro Comandante/Padrone marittimo Mandatario del datore di lavoro

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Cognome | | Nome | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Codice fiscale | Nato a | Il (GG/MM/AAAA) | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Indirizzo (via, piazza, ... numero civico) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Prefisso estero | Telefono | Indirizzo Email | Indirizzo Pec | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

Dichiara

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. infortuni (d.p.r. n. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. sicurezza (d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di comandante/datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di comandante/datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

GG/MM/AAAA
Data

Firma