



Modulo da inviare scannerizzato e senza ritardo entro 24 ore dall'evento agli indirizzi e-mail:

[ispromalattieinfortuni.risorseumane@uslcentro.toscana.it](mailto:ispromalattieinfortuni.risorseumane@uslcentro.toscana.it)

[sepp@ispro.toscana.it](mailto:sepp@ispro.toscana.it)

[sorveglianza.sanitaria@ispro.toscana.it](mailto:sorveglianza.sanitaria@ispro.toscana.it)

Il sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

lavoratore ISPRO con la qualifica \_\_\_\_\_

assegnato alla struttura organizzativa \_\_\_\_\_

in servizio presso l'edificio posto in \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità DICHIARA, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

1) L'infortunio è avvenuto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

2) Trattasi di (barrare la voce corrispondente):

- ☐ infortunio in itinere, cioè mentre mi recavo: ☐ da casa al lavoro ☐ dal lavoro a casa
- ☐ infortunio avvenuto nel seguente locale/struttura di ISPRO \_\_\_\_\_
- ☐ infortunio avvenuto a bordo di un automezzo di ISPRO durante l'orario di servizio, targa \_\_\_\_\_
- ☐ infortunio avvenuto presso la sede di altra azienda/ente/privato (specificare) \_\_\_\_\_

3) L'attività che stavo svolgendo rientra nelle attività svolte di consueto:

- ☐ SI
- ☐ NO

4) Se l'infortunio è da considerarsi a rilevanza biologica (cioè l'evento lesivo è da ritenersi a rischio per contatto parenterale -puntura da ago o tagliente, contaminati da materiali biologici- oppure per contatto mucoso -schizzo o imbrattamento di liquidi biologici sulle mucose dell'operatore- oppure schizzi e imbrattamento di liquidi biologici sulla cute dell'operatore) è stata avviata la relativa procedura per infortunio a rischio biologico:

- ☐ SI
- ☐ NO



- 5) Ho lasciato il luogo lavoro nell'immediatezza:  
☐ SI  
☐ NO, alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_
- 6) Ore trascorse dall'inizio del turno di lavoro: \_\_\_\_:\_\_\_\_
- 7) Ho ripreso il lavoro dopo visita medica:  
☐ SI, alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_  
☐ NO, per:  
☐ termine orario di lavoro  
☐ prognosi, mi sono stati prescritti giorni di assenza dal lavoro, come risulta dal primo certificato medico di infortunio allegato
- 8) L'anzianità di servizio nell'attuale struttura organizzativa è di:  
☐ meno di 2 mesi  
☐ da 2 a 12 mesi  
☐ maggiore di 1 anno
- 9) Descrizione dell'evento (descrizione chiara e dettagliata delle modalità di accadimento dell'infortunio ed eventuali conseguenze):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10) L'infortunio è avvenuto durante l'uso di un macchinario, attrezzatura, impianto, utensile, dispositivo medico, ecc.:  
☐ NO  
☐ SI, specificare quale macchinario/attrezzatura/impianto/utensile/dispositivo medico:  
\_\_\_\_\_
- 11) Al momento dell'infortunio utilizzavo i Dispositivi di Protezione Individuale (se previsti dall'attività):  
☐ NO, specificare il motivo \_\_\_\_\_  
☐ SI, specificare quali (ad es. guanti, mascherina, visiera, ecc.) \_\_\_\_\_
- 12) Testimoni dell'evento:  
☐ Nessuno  
☐ Le seguenti persone (indicare nome, cognome, mansione svolta ed eventuale recapito):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

**La mancata compilazione del presente modulo da parte dell'infortunato costituisce illecito disciplinare che sarà contestato secondo la vigente normativa contrattuale**