

Modulo da inviare scannerizzato e senza ritardo entro 24 ore dall'evento agli indirizzi e-mail:
ispromalattieinfortuni.risorseumane@uslcentro.toscana.it
sepp@ispro.toscana.it
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**