

**ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEGLI EVENTUALI
INFORTUNI SUL LAVORO OCCORRENTI NEL PERIODO DAL 14 AL
17 AGOSTO 2020, PERIODO DI CHIUSURA DEGLI UFFICI**

Analogamente allo scorso anno, Vi confermiamo che si è provveduto ad attivare uno specifico indirizzo mail infortuni@cf.confart.tv al quale trasmettere, **entro 24 ore dalla ricezione del certificato medico**, TUTTA LA DOCUMENTAZIONE di seguito indicata, necessaria alla completa predisposizione sia della denuncia di infortuni CON PROGNOSI SUPERIORE AI 3 GIORNI che della comunicazione statistica di infortuni CON PROGNOSI DI ALMENO 1 GIORNO:

- **copia del certificato di infortunio**, completo dei dati anagrafici del dipendente interessato (cognome e nome, data e luogo di nascita, codice fiscale) e della data dell'infortunio, oppure il numero identificativo del certificato stesso, la data della sua emissione e i giorni di prognosi relativi all'evento;
- **compilazione integrale dell'allegata scheda che dovrà essere anche sottoscritta dal titolare e/o legale rappresentante** (scheda scaricabile dalla sezione Servizi Area Lavoro del sito www.confartigianatocastelfranco.it).

Per coloro i quali volessero invece effettuare la denuncia autonomamente, il titolare della ditta ovvero il legale rappresentante della società, dovrà recarsi di persona allo sportello Inail della sede di Treviso, via Monterumici n.4, 31100 Treviso - tel. 0422 416211 e-mail treviso@inail.it per la stesura della denuncia o della comunicazione di infortunio.

A decorrere dallo scorso 12 ottobre 2017, qualora si dovessero verificare degli infortuni sul lavoro **con prognosi inferiore o uguale ai 3 gg.** la ditta non è tenuta ad inviare la denuncia di infortunio, ma è stato introdotto un **obbligo comunicazione ai fini statistici**; se però la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, la denuncia deve essere inviata entro 2 giorni dalla ricezione del nuovo certificato.

Scheda sintetica per la raccolta dei dati propedeutici alla compilazione della denuncia di infortunio

Ditta: _____

Dipendente/Socio infortunato: _____ Stato Civile: _____
Mansioni specifiche svolte dal dipendente: _____

Data e ora dell'infortunio _____ Data ___/___/____ - Ora ____:____

Data e ora di abbandono del posto di lavoro da parte dell'infortunato _____ Data ___/___/____ - Ora ____:____
Il titolare aziendale era presente? _____

L'azienda ha ricevuto il primo certificato medico il giorno _____ **Data** ___/___/____

L'azienda è venuta a conoscenza dell'evento il giorno _____ **Data** ___/___/____

Per il tramite di (indicare se lo stesso dipendente, titolare o socio, altro) _____

Luogo esatto dove è avvenuto l'infortunio (indicare se trattasi dello stabilimento/sede aziendale oppure indicare il luogo esatto)	Stabilimento aziendale (S/N) _____ Reparto _____ Oppure presso : _____ Comune di _____ (____) Via _____ n° _____ <i>Nel caso in cui l'evento si fosse verificato presso o all'interno di un'altra azienda indicarne Codice Fiscale e/o Partita Iva: _____</i>
--	---

Descrizione particolareggiata delle cause e delle circostanze dell'infortunio (**in caso di infortunio causato da incidente stradale, pregasi fornire anche i dati dei veicoli coinvolti ovvero copia della constatazione amichevole/verbale della pubblica autorità, se intervenuta**):

Tipo di lavorazione che stava svolgendo al momento dell'infortunio: _____

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio (esempio: si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio, ecc..)? In caso di caduta, indicare anche l'altezza in metri.

Ritiene che la descrizione riferita dall'infortunato NON risponda a verità? (In caso affermativo, indicarne i motivi)	_____
---	-------

Testimoni all'infortunio:

Cognome e Nome	Indirizzo	Comune e Provincia

Importo eventuali elementi aggiuntivi della retribuzione riferiti ai 15 giorni precedenti la data dell'infortunio:

Lavoro straordinario	Vitto/alloggio – Diaria/Trasferta	Mensa/trasporto – Lav. Notturmo – Altro

Il/La Signor/a _____ in qualità di datore di lavoro (ovvero su specifico mandato dello stesso)

DICHIARA

- di rendere i dati sopraspecificati ai sensi del T.U. Infortuni (DPR n.1124/65 e s.m.i) e del T.U. Sicurezza (D.Lgs. n.81/08 e s.m.i.), giusto mandato conferito alla Confartigianato – Mandamento di Castelfranco Veneto per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento;
- che i dati forniti con il presente documento sono rispondenti a verità;
- di essere consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di denuncia/comunicazione infedele e, al contempo, esonera completamente la Confartigianato-Mandamento di Castelfranco Veneto di ogni possibile ed eventuale responsabilità diretta o derivata dall'omessa/infedele/erronea comunicazione dei dati relativi all'evento in denuncia.

Data ___/___/____ Timbro e Firma _____