

Dichiarazione dell'assicurato

Lavoratore/trice

cognome	nome	nato/a il
a	residente in	prov.
via	n.	telefono
e-mail	codice fiscale	dipendente dell'Azienda
		data assunzione
tipo di contratto	orario di lavoro	qualifica ⁽¹⁾

Descrizione dettagliata della mansione abituale e dell'ambiente in cui viene svolta

La malattia - per la quale è resa la seguente dichiarazione – è stata determinata a parere del/la scrivente da:

- infortunio non lavorativo** compilare solo il QUADRO A)
- infortunio “ in itinere ”** compilare solo il QUADRO A e B)
- infortunio lavorativo** compilare solo il QUADRO C) e il sub 1)
- malattia professionale** compilare solo il QUADRO C) e il sub 2)

NELLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE, E' SUFFICIENTE COMPILARE, SECONDO LE ISTRUZIONI, SOLO IL QUADRO DI INTERESSE.

ATTENZIONE! L'infortunato ai sensi dell'art.1916 terzo comma del cod. civile e dell'art. 28 ultimo comma della legge 24.12.1969 n. 990 non può accettare dal terzo responsabile o dal suo assicuratore somme inerenti al danno indennizzato dagli Istituti previdenziali ed in caso di transazione o quietanza deve dichiarare che **“ha diritto alle prestazioni di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie (INPS-INAIL) e ne fa salvi i relativi diritti”**. Il dichiarante è al corrente che in caso di violazione di tale obbligo così come nel caso di omessa, incompleta o infedele dichiarazione è responsabile del danno arrecato agli Istituti previdenziali per il mancato recupero delle spese sostenute e dovrà rimborsare agli stessi tutti gli oneri sostenuti in conseguenza dell'infortunio di cui sotto.

Firma dell'assicurato

(1) Operaio, impiegato, apprendista ecc...

1. CAUSATO DA VEICOLO

Il veicolo a motore o il natante è identificato? si no - E' coperto da assicurazione? si no

L'infortunato era pedone? si no

MEZZO RESPONSABILE

Tipo e numero di targa

Proprietario

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Conducente

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Compagnia assicuratrice Agenzia di
Numero polizza con scadenza il

SE L'INFORTUNATO ERA TRASPORTATO , INDICARE I SEGUENTI DATI DEL VEICOLO SU CUI SI TROVAVA

Tipo veicolo numero di targa

Proprietario

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Conducente

cognome nome nato/a il
a residente in prov.
via n.

Compagnia assicuratrice Agenzia di
Numero polizza con scadenza il

2. PERCOSSE, RISSA, AGGRESSIONE o ALTRO

Presunto responsabile: cognome nome
nato/a il a residente in prov.
via n.

QUADRO B da compilare in caso di infortunio in "itinere"

L'infortunio è avvenuto mentre si recava o rientrava a casa dal lavoro e il tratto di strada rientra nel percorso casa/azienda di lavoro e viceversa?

si no

E' stato denunciato all'INAIL?

si no

Si è verificato in occasione di servizio esterno?

si no

Il servizio esterno era autorizzato?

si no

L'INAIL ha riconosciuto l'infortunio "in itinere"?

si no

Se non lo ha riconosciuto, è in corso contenzioso amministrativo o giudiziario?

si no

QUADRO C da compilare in caso di infortunio lavorativo o malattia professionale

Sabato lavorativo si no Mensa aziendale si no

Si presumono responsabilità del datore di lavoro, anche in riferimento ad eventuali
deficienze di misure di igiene e di prevenzione? si no

Ha effettuato le visite preventive e/o periodiche? si no

Se no, perché

L'assicurato è affetto da precedenti patologie? si no

Percepisce rendita INAIL? si no

E' stato, in precedenza, assistito dall'INAIL per la stessa patologia? si no

E' invalido civile? si no - Se si, in che percentuale? %

Ha chiesto prestazione di invalidità/inabilità INPS? si no

Fruisce già di assegno di invalidità INPS? si no

Osservazioni (compilare in caso di risposta affermativa alle precedenti domande)

SUB 1) INFORTUNIO SUL LAVORO

Infortunio avvenuto a _____ il _____ alle ore _____

L'infortunato ha abbandonato il lavoro il _____ alle ore _____

Descrizione particolareggiata del fatto

Presunto responsabile in caso di aggressione

Cognome _____ nome _____

domicilio _____

Il datore di lavoro era presente? si no

Testimoni all'infortunio

Cognome _____ nome _____

domicilio _____

Chi ha prestato il primo soccorso?

Struttura sanitaria che ha fornito l'assistenza

Data _____ ora _____

Diagnosi _____

Prognosi fino a _____

Autorità ⁽³⁾ che ha svolto gli accertamenti e sede di appartenenza

In quale Sede INAIL è aperta la pratica?

(3) Carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, ASL, ispettorato del lavoro ecc..

SUB 2) MALATTIA PROFESSIONALE

Primi sintomi della malattia

insorti il

La malattia ha determinato astensione dal lavoro? si no - Se si, in che data?

Accertamenti e cure effettuate

A quale lavorazione era adibito l'assicurato precedentemente alla manifestazione della malattia?

Da quanto tempo?

In quale Sede INAIL è aperta la pratica?

DOCUMENTI ALLEGATI (in copia semplice)

Rapporto della Polizia, dei Carabinieri o dei Vigili intervenuti

Constatazione amichevole, C.I.D., O denuncia presentata all'Assicurazione

Denuncia o querela fatta a Polizia, Carabinieri o Vigili

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza l'INPS al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili per le finalità strettamente connesse all'esercizio dell'azione di surroga previsto dall'art. 1916 del Codice Civile e dell'art. 28 ultimo comma della legge 24.12.1969 n. 990.

Data

Firma

Firma dell'assicurato.....

RISERVATO ALL'INPS

Osservazioni del Dirigente Medico di Sede

.....
.....
.....

Giudizio medico-legale:

.....

Data

Firma del Dirigente Medico

Osservazioni dell' UdP

.....
.....
.....

Data

Firma