

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

AUTORITÀ DI P.S.

<b>Timbro dell'ufficio</b>	Si dichiara che il datore di lavoro _____ ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza	
	del Comune _____ prov. _____	la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero _____
	luogo _____	data (GG/MM/AAAA) _____ firma _____

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 _____	

Studente (2)	Parente del datore di lavoro	Persone a carico	Tutela Inps in caso di malattia comune
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Tipologia di lavoratore (3) _____	Tipologia di contratto (4) _____
<input type="checkbox"/> Orizzontale	Percentuale di part-time _____
Tipologia di part-time: <input type="checkbox"/> Verticale	Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
<input type="checkbox"/> Misto	Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____	Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____
CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) _____	CCNL - Categoria CNEL (6) _____

Qualifica assicurativa (7) _____
Voce professionale Istat (8) _____

SEZIONE LAVORATORE

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**Codice fiscale  Cognome e nome o ragione sociale Codice ditta  Posizione assicurativa territoriale  Settore attività (9) Tipo polizza (10)  Voce di tariffa (11)  **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**Codice fiscale amministrazione statale  Amministrazione statale Codice fiscale struttura  Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore  Codice Inail  **AGRICOLTURA**Codice fiscale  Cognome e nome o ragione sociale  Matricola Inps/codice CIDA  **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**Cognome  Nome Codice fiscale  Codice Inps  **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**Cognome  Nome  Codice fiscale **INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza, ... numero civico)Nazione  Comune  Prov.  Cap  Istat  Asl Prefisso internazionale  Telefono  Indirizzo Email  Indirizzo Pec **UNITÀ PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore**INDIRIZZO dell'UNITÀ PRODUTTIVA o della STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)Nazione  Comune  Prov.  Cap  Istat  Asl Prefisso internazionale  Telefono  Indirizzo Email  Indirizzo Pec Indirizzo per l'invio della **CORRISPONDENZA** [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)Nazione  Comune  Prov.  Cap  Istat Indirizzo Email  Indirizzo Pec Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore  Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 12) **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. 1124/1965, 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

**L'INFORTUNIO È AVVENUTO:**

Luogo dell'evento  Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)

Nazione  Comune  Prov.  Cap  Istat  Asl

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

Presso altra azienda  Sì  No Codice fiscale altra azienda  Denominazione/Ragione sociale altra azienda

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi  Sì  No

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

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

Il 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 CERTIFICATO MEDICO 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		CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO	
Numero identificativo certificato <input type="text"/>		Numero identificativo certificato <input type="text"/>	
Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del primo certificato medico dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA <input type="text"/>	
Prognosi riservata <input type="checkbox"/> Malattia infortunio (13) <input type="checkbox"/>			
Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>		Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA <input type="text"/> al GG/MM/AAAA <input type="text"/>	

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:**

In che modo è avvenuto l'infortunio?

\_\_\_\_\_

**IN PARTICOLARE:**

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

\_\_\_\_\_

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

\_\_\_\_\_

Era il suo consueto lavoro?  Sì  No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

\_\_\_\_\_

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

\_\_\_\_\_

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore?

\_\_\_\_\_

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

Natura della lesione (14) \_\_\_\_\_

Sede della lesione (15) \_\_\_\_\_

**DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (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 \_\_\_\_\_

La comunicazione della Direzione territoriale del lavoro - Servizio ispezione del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza)

**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 (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:**

Oraria  Ore settimanali  Giornaliera  Mensile/mensilizzata  Convenzionale  Convenzionale artigiana  Voucher  ,  Importo

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**  
Retribuzione oraria/mensile pari a  GG/MM/AAAA dal

**ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**  
Importo lavoro straordinario  ,  Importo festività cadenti di domenica  ,  Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio  ,   
Importo diaria - trasferta  ,  Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.  ,  Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati  ,

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**  
Tredicesima mensilità  in %  oppure Importo  ,  Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie  in %  oppure  giorni  
Premio di produzione  in %  oppure Importo  ,  oppure  in %   
Altre mensilità aggiuntive  in %  oppure Importo  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc.  in %

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria:  ,  Importo

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**  
Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria  ,

2) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria  ,

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione:  Lavoro flessibile  Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno  N. ore

Retribuzione annua tabellare (16) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria  Importo  ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (17) al lavoratore in forza di legge o per contratto  N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (18) da retribuire al lavoratore per contratto  N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (19)  N. ore

Lavoro straordinario (20) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento  Importo  ,

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**  
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

**IL SOTTOSCRITTO**

Datore di lavoro       Delegato/incaricato del datore di lavoro       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. 1124/1965 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di 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 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

Timbro e firma

## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO CARTACEO DI DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO**

La denuncia/comunicazione di infortunio è l'adempimento al quale è tenuto il datore di lavoro nei confronti dell'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati soggetti all'obbligo assicurativo, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. L'invio della denuncia/comunicazione consente, per gli infortuni con la predetta prognosi, di assolvere contemporaneamente sia all'obbligo previsto a fini assicurativi dall'art. 53, d.p.r. n. 1124/1965, che all'obbligo previsto a fini statistico/informativi dall'art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. n. 81/2008 a far data dall'entrata in vigore della relativa normativa di attuazione.

Il presente modulo Mod. 4 bis R.A. (ex Mod 4 bis Prest.) Denuncia/comunicazione di infortunio deve essere trasmesso all'Inail esclusivamente in via telematica.

### **SEDE INAIL COMPETENTE**

La sede competente a trattare il caso di infortunio è quella nel cui territorio l'infortunato ha stabilito il proprio domicilio (circolare Inail n. 54 del 24/08/2004).

### **OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO**

Dal 22 marzo 2016, data di decorrenza delle modifiche di cui all'art. 21 c. 1, lettera b), c), del d.lgs. 151/2015, per gli infortuni occorsi alla generalità dei lavoratori dipendenti o assimilati, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio (art. 53 d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia/comunicazione entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, il datore di lavoro deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia/comunicazione nei termini e con le modalità di legge (art.53, c. 2, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori del settore artigianato, deve provvedere all'inoltro il titolare o uno dei titolari dell'azienda artigiana (art. 203, c. 1, d.p.r. n.1124/1965).

Nei casi di infortunio occorsi al titolare o a uno dei titolari dell'azienda artigiana, ove questi si trovino nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato medico da parte del medico o della struttura sanitaria competente al rilascio, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Per gli infortuni occorsi ai lavoratori autonomi del settore agricoltura, provvede il lavoratore autonomo sia per sé che per gli appartenenti al nucleo familiare costituenti la forza lavoro (art. 25, d.lgs. n. 38/2000 e art. 1, comma 7, d. m. 29/5/2001). Ove questi si trovi nella impossibilità di provvedervi direttamente, l'obbligo di denuncia nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato medico da parte del medico o della struttura sanitaria competente al rilascio, ferma restando la necessità di inoltrare comunque la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative.

Dal 22 marzo 2016 il datore di lavoro che invia all'Istituto assicuratore le denunce di infortunio con modalità telematica è esonerato dall'obbligo di trasmettere le informazioni relative alle predette denunce all'autorità di pubblica sicurezza. Ai fini degli adempimenti previsti dall' art. 54 del d.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i. , l'Istituto mette a disposizione mediante la cooperazione applicativa di cui all'art. 72, comma 1, lettera e), del d.lgs. n. 82 del 2005, i dati relativi alle denunce degli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni .

Per i datori di lavoro che non sono tenuti per legge a dotarsi di PEC (mezzadri, piccoli coloni compartecipanti familiari, privati cittadini datori di lavoro domestico e di lavoro accessorio) e che inviano le denunce di infortunio con modalità non telematiche, permane l'obbligo di dare notizia all'autorità locale di pubblica sicurezza dei dati relativi alle denunce degli infortuni mortali o con prognosi superiore a trenta giorni .

### **OBBLIGHI DEL LAVORATORE**

Il lavoratore è obbligato a dare immediata notizia al datore di lavoro di qualsiasi infortunio gli accada, anche se di lieve entità (art. 52, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.); non ottemperando a tale obbligo e nel caso in cui il datore di lavoro non abbia comunque provveduto all'inoltro della denuncia/comunicazione nei termini di legge, l'infortunato perde il diritto all'indennità di temporanea per i giorni ad esso antecedenti.

Per assolvere a tale obbligo il lavoratore deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato medico, la data di rilascio e i giorni di prognosi indicati nel certificato stesso.

### **SANZIONI**

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 16, legge n. 251/1982).

In caso di denuncia omessa, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa (art. 53, d.p.r. n.1124/1965 e s.m.i.).

Se l'infortunio è occorso ad un lavoratore autonomo del settore artigianato (art. 203, c. 1 e 2, d.p.r. n. 1124/1965) e del settore agricoltura (artt. 1, c. 8, e 2, d. m. 29/05/2001) non è prevista alcuna sanzione amministrativa, ferma restando la perdita del diritto all'indennità di temporanea per i giorni antecedenti l'inoltro della denuncia.

**LEGENDA NOTE:**

<b>(1) STATO CIVILE</b>
CELIBE/NUBILE
CONIUGATO/A
DIVORZIATO/A
SEPARATO/A
VEDOVO/A

<b>(2) STUDENTE</b>
L'opzione <i>SI</i> per il campo <i>Studente</i> deve essere selezionata esclusivamente in caso di eventi occorsi a studenti e alunni delle scuole statali di ogni ordine e grado assicurati in Gestione per Conto dello Stato (GCS) e studenti delle scuole private e parificate assicurati in regime ordinario di assicurazione (IASPA). Per gli eventi occorsi agli allievi dei corsi di formazione professionale, è necessario, invece, indicare nel campo <i>Tipologia di lavoratore</i> l'opzione ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI QUALIFICAZIONE PROF.LE e l'opzione NO per il campo Studente.

<b>(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
ALLIEVO/ISTRUTTORE CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
APPRENDISTA
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUTONOMO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE
LAVORATORE A DOMICILIO
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO (SOLO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE CON CONTRATTO DI INSERIMENTO LAVORATIVO
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE DETENUTO ADDETTO AI LAVORI
LAVORATORE DOMESTICO
LAVORATORE INTERINALE (O A SCOPO DI SOMMINISTRAZIONE)
LAVORATORE INTERMITTENTE
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE PER SOSTITUZIONE
LAVORATORE RICOVERATO IN CASE DI CURA, OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE
LAVORATORE SOCIALMENTE UTILE (LSU - ASU)
PARASUBORDINATO A PROGETTO/ COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA
PARASUBORDINATO OCCASIONALE
SOCIO
TIROCINANTE
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014
<b>(3) TIPOLOGIA DI LAVORATORE AGRICOLTURA</b>
APPRENDISTA
AUTONOMO O ASSIMILATO
COADIUVANTE FAMILIARE
DIPENDENTE O ASSIMILATO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
PARASUBORDINATO



SOCIO
-------

<b>(4) TIPOLOGIA DI CONTRATTO</b>
INDETERMINATO A TEMPO PIENO
DETERMINATO A TEMPO PIENO
INDETERMINATO A TEMPO PARZIALE
DETERMINATO A TEMPO PARZIALE
INDETERMINATO
DETERMINATO

<b>(5) CCNL - SETTORE LAVORATIVO CNEL</b>
AGRICOLTURA
ALIMENTARISTI - AGROINDUSTRIALE
ALTRI VARI
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA
AZIENDE DI SERVIZI
CHIMICI
COMMERCIO
CREDITO ASSICURAZIONI
EDILIZIA
ENTI E ISTITUZIONI PRIVATE
MECCANICI
POLIGRAFICI E SPETTACOLO
TESSILI
TRASPORTI

<b>(6) CCNL - CATEGORIA CNEL</b>
Tutti i valori presenti nella tabella CATEGORIA di: <a href="#">Archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro CNEL</a>

<b>(7) QUALIFICA ASSICURATIVA INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
ADDETTO A LAVORAZIONI MECCANICO - AGRICOLE
ADDETTO AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI
APPRENDISTA ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
APPRENDISTA NON ARTIGIANO (art. 4, n. 4, d.p.r. 1124/65)
ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
AUSILIARIO
BORSE DI LAVORO
CONIUGE, FIGLI, PARENTI E ASSIMILATI DEL DATORE DI LAVORO (art. 4, n. 6, d.p.r. 1124/65)
DETENUTO ADDETTO A LAVORI (art. 4, n. 9, d.p.r. 1124/65)
DIPENDENTE AVVENTIZIO O OCCASIONALE DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 1° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 2° CATEGORIA
DIPENDENTE, SOCIO, AVVENTIZIO DA COMPAGNIA O GRUPPO PORTUALE OPERANTE NEI PORTI DI 3° CATEGORIA
DIRIGENTE (art. 4, d.lgs. 38/00)
IMPIEGATO
INSEGNANTE E ALUNNO SCUOLE;ISTRUTTORE E ALLIEVO CORSI DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE (art. 4, n. 5, d.p.r. 1124/65)
INTERMEDIO
LAVORATORE A DOMICILIO (art. 4, d.p.r. 1124/65)
LAVORATORE ADDETTO A LAVORO SOCIALMENTE UTILE
LAVORATORE CON CONTRATTO DI AGENZIA
LAVORATORE CON CONTRATTO RIPARTITO
LAVORATORE INTERINALE
LAVORATORE INTERMITTENTE
LAVORATORE ITALIANO ALL'ESTERO
PRESTATORE DI LAVORO ACCESSORIO
LAVORATORE SOSPESO IN CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI
MEDICO RADIOLOGO - TECNICO DI RADIOLOGIA (TSRM)
OPERAIO
PARASUBORDINATO (art. 5, d.lgs. 38/00)
PARTECIPANTE AD IMPRESA FAMILIARE
PESCATORE DELLA PICCOLA PESCA MARITTIMA E DELLE ACQUE INTERNE
PIANO DI INSERIMENTO PROFESSIONALE
QUADRO
RELIGIOSO - SUORA (art. 4, d.p.r. 1124/65)
RICOVERATO IN CASE DI CURA,OSPEDALI E STRUTTURE ASSIMILATE (art. 4, n. 8, d.p.r. 1124/65)
SOCIO DI CAROVANA, ASSOCIAZIONE E COOPERATIVA DI LAVORATORI (es. facchini trasportatori di persone e di merci ecc...)
SOCIO DI COOPERATIVA E DI ALTRO TIPO DI SOCIETA' ANCHE DI FATTO (art. 4, n. 7, d.p.r. 1124/65)
SOCIO LAVORATORE (es. facchini, trasporto di persone e di merci)
SOVRAINTENDENTE (art. 4, n. 2, d.p.r. 1124/65)
SPORTIVO PROFESSIONISTA (art. 6, d.lgs. 38/00)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA CON DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI AZIENDA ARTIGIANA SENZA DIPENDENTI (art. 4, n. 3, d.p.r. 1124/65)
TITOLARE DI FRANTOIO
VOLONTARIO LEGGE N. 114/2014

<b>(7) QUALIFICA ASSICURATIVA AGRICOLTURA</b>
AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
BRACCIANTE AGRICOLO O GIORNALIERO DI CAMPAGNA (OTD)
COMPARTICIPANTE INDIVIDUALE O FAMILIARE
LAVORATORE OCCASIONALE DI TIPO ACCESSORIO
MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DEL MEZZADRO O COLONO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DELL'AFFITTUARIO COLTIVATORE DIRETTO
MOGLIE/FIGLI/PARENTI VARI DI PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
OPERAIO COMUNE
OPERAIO QUALIFICATO
OPERAIO QUALIFICATO SUPER
OPERAIO SPECIALIZZATO
OPERAIO SPECIALIZZATO SUPER
PICCOLO COLTIVATORE DIRETTO/PICCOLO COLONO
PROPRIETARIO COLTIVATORE DIRETTO
SOCIO DI COOPERATIVA AGRICOLA
SOVRASTANTE DI AZIENDA AGRICOLA (art. 205 lettera c D.P.R. 1124/65)

<b>(8) VOCE PROFESSIONALE ISTAT</b>
Tutti i valori presenti ne IL NAVIGATORE DELLE PROFESSIONI da: <a href="#">CP2011 ISTAT</a>

<b>(9) SETTORE ATTIVITA'</b>
ALTRI
ARTIGIANATO
INDUSTRIA
SPECIALE
TERZIARIO

<b>(10) TIPO POLIZZA</b>
APPARECCHI RX
AUTONOMI ARTIGIANI
DIPENDENTI
FACCHINI
FRANTOI
INTERINALE
IPPOTRASPORTATORI
PESCATORI
PROVE D'ARTE E TCP
SCUOLE
SOSTANZE RADIOATTIVE

**(11) TARIFFA DEI PREMI D.M. 12/12/2000**Disponibile per la consultazione da: [D.M. 12/12/2000](#)**(12) LAVORAZIONE SVOLTA DALL'AZIENDA AGRICOLA**

ATTIVITA' DIVERSE DI BONIFICA

ALTRE LAVORAZIONI PRIMA DELLA RACCOLTA

ATTIVITA' DI SILVICOLTURA

COLTIVAZIONI SPECIALI

LAVORAZIONI AUSILIARIE

LAVORAZIONI SUCCESSIVE ALLA SEMINA

PREPARAZIONE TERRENO

PRODUZIONE ED ALLEVAMENTO DI ANIMALI

PROPAGAZIONE PIANTE

RACCOLTA E TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI

**(13) MALATTIA INFORTUNIO**

Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni.

La caratteristica principale di questo tipo di patologie è che, dal punto di vista assicurativo, esse vengono giuridicamente qualificate come infortuni sul lavoro in quanto la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta.

La tutela assicurativa delle patologie in questione come infortuni sul lavoro consente all'INAIL di erogare le prestazioni di legge già nella fase del contagio, se noto, che determini, anche per motivi profilattici, l'astensione temporanea dal lavoro.

Tuttavia, se l'episodio che ha determinato il contagio non sia percepito o non possa essere provato dal lavoratore, si può presumere che lo stesso si sia verificato in considerazione delle mansioni e di ogni altro indizio che deponga in tal senso.

Ciò premesso, si specifica che, nell'ipotesi in cui la malattia infortunio determini astensione dal lavoro per un periodo superiore a tre giorni oltre quello dell'evento, il datore di lavoro dovrà effettuare, come per tutti gli altri casi di infortunio, la denuncia all'Istituto assicuratore.

Nell'ipotesi in cui, invece, non vi sia astensione dal lavoro o questa sia inferiore al periodo sopra indicato, pur non ricorrendo l'obbligo di inoltrare la denuncia a fini assicurativi all'Istituto, sarà opportuno che il datore di lavoro provveda comunque a tale adempimento al fine di consentire all'Istituto di ottenere tutte le informazioni necessarie all'erogazione tempestiva delle prestazioni previste per tali fattispecie (profilassi, eventuali vaccinazioni).

Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opererà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.

**ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:**

- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (es. Cass. 13.03.1992, n.3090);
- echinococcosi da cui possono essere contagiati i lavoratori a contatto con pelli fresche ad esempio nelle attività di macellazione (es. Trib. Firenze, sent. 21.09.1994);
- tetano, al quale sono esposti in modo particolare i lavoratori che debbono maneggiare arnesi in ferro o che abbiano contatti con il letame;
- brucellosi alla quale sono esposti in modo particolare i lavoratori addetti alla mungitura degli ovini e dei bovini.

<b>(14) NATURA DELLA LESIONE</b>
CONTUSIONE
CORPI ESTRANEI
FERITA
FRATTURA
LESIONI DA AGENTI INFETTIVI E PARASSITARI
LESIONI DA ALTRI AGENTI
LESIONI DA SFORZO
LUSSAZIONE, DISTORSIONE, DISTRAZIONE
PERDITA ANATOMICA

<b>(15) SEDE DELLA LESIONE</b>
SEDE DELLA LESIONE
CRANIO
ENCEFALO
NASO
BOCCA
FACCIA
COLLO
CUORE AD ORGANI MEDIASTINO
FEGATO
MILZA
STOMACO ED ORGANI INTESTINALI
ORGANI URIGENITALI
PERETE ADDOMINALE
COLONNA VERTEBRALE/CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/SACRO E COCCIGE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO CERVICALE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO TORACICA
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO LOMBARE
COLONNA VERTEBRALE/MIDOLLO SACRO COCCIGE
OCCHI SINISTRO
OCCHIO DESTRO
ORECCHIO SINISTRO
ORECCHIO DESTRO
CINGOLO TORACICO SINISTRO
CINGOLO TORACICO DESTRO
POLMONE SINISTRO
POLMONE DESTRO
PARETE TORACICA SINISTRA
PARETE TORACICA DESTRA

BRACCIO SINISTRO
GOMITO DESTO
AVAMBRACCIO SINISTRO
AVAMBRACCIO DESTRO
POLSO SINISTRO
POLSO DESTRO
MANO SINISTRA
MANO DESTRA
POLLICE SINISTRO
POLLICE DESTRO
INDICE SINISTRO
INDICE DESTRO
MEDIO SINISTRO
MEDIO DESTRO
ANULARE SINISTRO
ANULARE DESTRO
MIGNOLO SINISTRO
MIGNOLO DESTRO
CINGOLO PELVICO SINISTRO
CINGOLO PELVICO DESTRO
COSCIA SINISTRA
COSCIA DESTRA
GINOCCHIO SINISTRO
GINOCCHIO DESTRO
GAMBA SINISTRA
GAMBA DESTRA
CAVIGLIA SINISTRA
CAVIGLIA DESTRA
PIEDE SINISTRO
PIEDE DESTRO
ALLUCE SINISTRO
ALLUCE DESTRO
ALTRE DITA

#### **DATI RETRIBUTIVI PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME)**

**(16)** Paga base o minimo tabellare, comprensivi delle mensilità aggiuntive e con l'esclusione di ogni altro istituto economico di natura contrattuale (es. contingenza, scatti di anzianità, eventuali ulteriori emolumenti stabiliti dalla contrattazione di qualsiasi livello, ecc...).

**(17)** Le ore da retribuire devono comprendere sia quelle di effettiva presenza, che quelle di assenza retribuite in forza di legge o di contratto (es. assenze per ferie, festività riconosciute, permessi retribuiti, astensione obbligatoria per maternità, ecc...), entro il limite massimo di venticinque giorni lavorativi mensili, escludendo quelle di lavoro supplementare e straordinario.

**(18)** Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario di lavoro concordato nel contratto individuale, ma entro il limite del tempo pieno. La normativa disciplina espressamente la possibilità di ricorrere al lavoro supplementare in ipotesi di part-time orizzontale; tale previsione non ne esclude, comunque, l'applicabilità anche al part-time verticale o misto a condizione che la prestazione complessiva pattuita resti inferiore all'orario settimanale previsto per i lavoratori a tempo pieno.

**(19)** Qualora il contratto collettivo applicato al rapporto di lavoro non contenga una specifica disciplina del lavoro supplementare, il datore di lavoro può richiedere al lavoratore lo svolgimento di tale prestazione in misura non superiore al quindici per cento delle ore di lavoro settimanali concordate.

**(20)** Prestazione lavorativa svolta oltre l'orario settimanale previsto per il tempo pieno. Il lavoro straordinario è consentito solo in ipotesi di part-time verticale o misto, purché effettuato nelle stesse giornate lavorative concordate.