

Modulo di raccolta dati per infortunio sul lavoro
--

RACCOLTA DATI RELATIVI A INFORTUNIO SUL LAVORO*(da inoltrare tempestivamente all'amministrazione del personale anche se non completa di tutte le informazioni)*

Dati dell'infortunato:

* Cognome _____ *Nome _____

*Matricola _____ *Società _____

Mansione
ricoperta _____

*Data dell'infortunio _____ *Ora _____ *Luogo _____

Data ricezione del primo certificato medico _____ Prognosi giorni _____

Ore/Giorni lavorati nonostante la prognosi _____

Descrizione sintetica dell'accaduto: _____

*Quali autorità di polizia sono intervenute? *(nel caso di incidenti stradali):*

Referenti dell'unità operativa che hanno seguito la pratica:

MATRICOLA	NOMINATIVO	RECAPITO TELEFONICO

* **DATI OBBLIGATORI**