

DENUNCIA DI INFORTUNIO

**A norma degli articoli 53 e 54 del D.P.R. 30-06-1965 n. 1124/65 la sottoscritta società denuncia l'infortunio
 occorso al marittimo**

DATI DEL MARITTIMO

	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nat_ il	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	COGNOME		NOME	GIORNO	MESE	ANNO			
a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	COMUNE/STATO ESTERO			CODICE FISCALE					
cittadinanza	<input type="text"/>	sexso (M o F)	<input type="text"/>	stato civile	<input type="text"/>				
					CELIBE-NUBILE/CONIUGATO/VEDOVO/SEPARATO				
indirizzo	<input type="text"/>						C.A.P.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	COMUNE / FRAZIONE								
Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	tel.	<input type="text"/>				
Marticola	<input type="text"/>	CATEGORIA M/MA	<input type="text"/>	del Compartimento Marittimo di	<input type="text"/>				
	NUMERO				COMPARTIMENTO MARITTIMO				
imbarcato il	<input type="text"/>	nel porto di	<input type="text"/>	con la qualifica di	<input type="text"/>				
	GIORNO	MESE	ANNO						
sbarcato per infortunio il	<input type="text"/>	nel porto di	<input type="text"/>						
	GIORNO	MESE	ANNO						

DATI DELL'ARMATORE E DELLA NAVE

<input type="text"/>	RAGIONE SOCIALE	Posizione Assicurativa/ Conto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
indirizzo	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	COMUNE/FRAZIONE					
Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	tel.	<input type="text"/>	
Nave	<input type="text"/>	iscritta al n.:	<input type="text"/>	del Compartimento Marittimo di	<input type="text"/>	
	NOME DELLA NAVE					
Pos. Assicurativa/ Certificato	<input type="text"/>	Servizio	<input type="text"/>			

CAUSE E CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

L'infortunio è avvenuto il	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>	a bordo della nave	<input type="text"/>	<input type="text"/>	in navigazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	GIORNO	MESE	ANNO		SI	NO		SI	NO
nel porto di / nei pressi della località di	<input type="text"/>			l'infortunato ha abbandonato il lavoro?	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
					SI	NO			
a che ora è iniziato il turno di lavoro?	<input type="text"/>								
condizioni meteo	<input type="text"/>								
In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)	<input type="text"/>								
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									

contin.

CAUSE E CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Dov'è avvenuto l'infortunio ? (es. in sala macchine, in coperta, sul molo)

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. lavoro di tipo ittico, pesca, pulizia di locali, manutenzione, ispezione macchinari o attrezzature)

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. lanciava la cima di ormeggio, saliva le scale)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso l'equilibrio)

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto?(es. sbatteva, cadeva, si schiacciava)

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

Era il suo lavoro consueto?

SI

NO

Testimoni:

1

COGNOME

NOME

Residente a

COMUNE / FRAZIONE

Via

n.

2

COGNOME

NOME

Residente a

COMUNE / FRAZIONE

Via

n.

Che tipo di lesione è stata provocata dall'infortunio?

NATURA DELLA LESIONE: (es. abrasione, taglio, frattura)

SEDE DELLA LESIONE: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

Luogo e data _____

_____ TIMBRO E FIRMA DEL DENUNCIANTE