

## INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono oggetto del Codice Penale, libro II, titolo XII “Dei delitti contro la persona”, capo I “Dei delitti contro la vita e l’incolumità individuale”, articoli 582 e 583 qui sotto riportati:

*Articolo 582 - Lesione personale.*

*Chiunque cagiona ad alcuno una **lesione personale**, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell’ultima parte dell’articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.*

*Art. 583 - Circostanze aggravanti.*

*La lesione personale è **grave**, e si applica la reclusione da tre a sette anni:*

- 1) se dal fatto deriva una **malattia** che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un’**incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni** per un tempo **superiore ai quaranta giorni**;*
- 2) se il fatto produce l’**indebolimento permanente di un senso o di un organo**;*
- 3) (abrogato).*

*La lesione personale è **gravissima**, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:*

- 1) una **malattia certamente o probabilmente insanabile**;*
- 2) la **perdita di un senso**;*
- 3) la **perdita di un arto**, o una mutilazione che renda l’arto inservibile, ovvero la **perdita dell’uso di un organo o della capacità di procreare**, ovvero una permanente e grave **difficoltà della favella**;*
- 4) la **deformazione**, ovvero lo sfregio permanente del viso;*
- 5) (abrogato).*

Può accadere che un infortunio inizialmente con prognosi ridotta (cioè ≤ 40 giorni) diventi grave o gravissimo a causa del protrarsi delle conseguenze dell’infortunio che, pertanto, supera i 40 giorni.

Se l’infortunio è avvenuto in un cantiere, ne segue che il CSE debba essere informato di ogni infortunio, anche lieve, e tenuto costantemente aggiornato sul suo evolversi. E’ inoltre opportuno che il CSE, in previsione di un suo possibile coinvolgimento penale, così operi:

- eseguire un sopralluogo in cantiere sul posto dell’infortunio, prendere visione dell’ambiente di lavoro e delle macchine/attrezzature/opere

- provvisoriale utilizzate, fare schizzi, scattare fotografie, acquisire planimetrie, disegni, documenti utili a meglio comprendere l'accaduto;
- interpellare, se possibile, l'infortunato e farsi spiegare dettagliatamente l'accaduto;
  - interpellare i compagni di lavoro dell'infortunato e le eventuali terze persone testimoni e farsi spiegare dettagliatamente l'accaduto;
  - esaminare il PSC e verificare se esso contiene indicazioni che, anche per erronea interpretazione, possano essere state causa o concausa dell'infortunio; se necessario, modificare il PSC al fine di evitare che possa ripetersi un analogo infortunio;
  - esaminare il POS dell'impresa cui appartiene l'infortunato e verificare se esso contiene indicazioni che, anche per erronea interpretazione, possano essere state causa o concausa dell'infortunio; se necessario, chiedere la modifica del POS;
  - acquisire o farsi inviare copia della denuncia d'infortunio inviata all'Inail;
  - stendere una relazione riservata sull'infortunio da utilizzare (ed eventualmente esibire) nel caso di un futuro coinvolgimento penale; dati i tempi delle indagini giudiziarie, è opportuno che la relazione venga conservata per almeno 7,5 anni.

**Note:**

- quanto sopra esposto è applicabile, mutatis mutandi, anche alle malattie professionali;
- è necessario che il PSC contenga un capitolo dedicato agli infortuni sul lavoro contenente la prescrizione che di ogni infortunio, anche lieve, e di ogni malattia professionale, certa o sospetta, accaduti in cantiere venga subito data notizia al CSE. [Si ricordi che il PSC è un documento contrattuale e, pertanto, vincolante];
- secondo una recente sentenza della Corte di Cassazione, il verbale redatto da un ispettore del lavoro è un atto non ripetibile compiuto dalla polizia giudiziaria. Il verbale dell'ispettore del lavoro non costituisce una mera informativa di reato ai sensi dell'art. 347 c.p.p. poiché contiene l'accertamento o la descrizione di una situazione di fatto suscettibile di modifica nel tempo per effetto di comportamenti umani o di eventi naturali. Lo stesso, pertanto, va annoverato tra gli atti non ripetibili compiuti dalla polizia giudiziaria e come tale, va inserito nel fascicolo per il dibattimento e ne va data lettura a richiesta di parte o su iniziativa del giudice, essendo utilizzabile come fonte di prova.

## **DENUNCIA DI INFORTUNIO**

**Per ogni infortunio di durata superiore ad un giorno (escluso quello di accadimento) è necessario che il datore di lavoro rediga ed invii, in genere telematicamente, all'INAIL la denuncia di infortunio redatta secondo lo stampato "Mod. 4 bis – Prest." di 6 pagine riportato nelle pagine successive.**

## DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 - art. 18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

INAIL

TIMBRO DI ARRIVO

Data di spedizione (GG/MM/AAAA)  
/ /

Alla Sede INAIL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AUTORITA' DI P. S.

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

( Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di Pubblica Sicurezza )

Timbro dell'Ufficio

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 \_\_\_\_\_

SEZIONE LAVORATORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Stato civile (1) \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data decesso (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Indirizzo di RESIDENZA (via, piazza ecc... e numero civico) \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ISTAT \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Indirizzo di DOMICILIO (via, piazza ecc... e 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 consentire una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Prefisso internazionale \_\_\_\_\_ Telefono Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo E-MAIL \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Studente (2) SI  NO  Parente del datore di lavoro SI  NO  Persone a carico SI  NO  Tutela INPS in caso di malattia comune SI  NO

Tipologia di lavoratore (3) \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto (4) \_\_\_\_\_

Tipologia di part-time: Orizzontale  Verticale  Misto  Percentuale di part-time \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_% Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento  
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) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE</b>						
Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale				
Codice Ditta		Posizione Assicurativa Territoriale		Settore attività (9)		
Tipo polizza (10)		Voce di tariffa (11)				
<input type="checkbox"/> <b>PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO</b>						
Codice Fiscale Amministrazione Statale			Amministrazione Statale			
Codice Fiscale Struttura			Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore		Codice INAIL	
<input type="checkbox"/> <b>AGRICOLTURA</b>						
Codice Fiscale		Cognome e nome o ragione sociale				
Matricola INPS/Codice CIDA						
<input type="checkbox"/> <b>SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI</b>						
Cognome			Nome			
Codice Fiscale		Codice INPS				
<input type="checkbox"/> <b>LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)</b>						
Cognome			Nome			
Codice Fiscale						
<b>INDIRIZZO del DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc... e numero civico)</b>						
Nazione	Comune		Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC		
<b>UNITA' PRODUTTIVA</b> in cui opera abitualmente il lavoratore				Numero Registro Infortuni Aziendale		
<b>INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza ecc... e numero civico)</b>						
Nazione	Comune		Prov.	CAP	ISTAT	ASL
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo E-MAIL		Indirizzo PEC		
<b>Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, eventuali assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza ecc... e numero civico)</b>						
Nazione	Comune		Prov.	CAP	ISTAT	
Indirizzo E-MAIL			Indirizzo PEC			
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore			Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (per le aziende agricole v. nota 12)			
<b>LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA SARA' EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE</b>						
<b>SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITA' DI INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/65, IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE CON:</b>						
<input type="checkbox"/> vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12 comma 2, legge n. 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)						
<input type="checkbox"/> accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice IBAN					Codice IBAN	

**L'INFORTUNIO E' AVVENUTO:**

Luogo dell'evento  
 \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)  
 \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ISTAT \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Infortunio in itinere  SI  NO  Incidente con mezzo di trasporto  SI  NO  Incidente stradale  Incidente ferroviario  Incidente aereo  Incidente navale  Altro

Presso altra azienda  SI  NO  Codice Fiscale altra azienda \_\_\_\_\_ Denominazione/Ragione sociale altra azienda \_\_\_\_\_

In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi  SI  NO

Data evento (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Giorno festivo  SI  NO  Alle ore (HH/MM) \_\_\_\_\_ Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) \_\_\_\_\_ Durante il turno di notte  SI  NO

L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Alle ore (HH/MM) \_\_\_\_\_ Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Il datore di lavoro era presente?  SI  NO  Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?  SI  NO

Se ha risposto no, perché?  
 \_\_\_\_\_

**DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA AI SENSI DELL'ART. 53, D.P.R. 30/06/1965 N. 1124**

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

**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 lavoro consueto?  SI  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, che 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'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/65):**

La lesione ha provocato la morte?  SI  NO  Sembra poterla provocare?  SI  NO

Sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale?  SI  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. 1124/65 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai suoi superstiti (indicare nome, cognome, residenza)  
 \_\_\_\_\_

## INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	

SECONDO TESTIMONE					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	CAP	ISTAT	

## IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs. 209/05 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO					
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi			
DATI DEL CONDUCENTE:					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT	
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:					
Cognome			Nome		
Ragione sociale					
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT	

SECONDO VEICOLO					
Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di Pubblica Sicurezza intervenuta per i rilievi			
DATI DEL CONDUCENTE:					
Cognome			Nome		
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT	
DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:					
Cognome			Nome		
Ragione sociale					
Indirizzo (via, piazza ecc... e numero civico)			Prefisso internazionale	Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	ISTAT	

**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  ,  dal GG  / MM  / AAAA

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  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura ecc...  ,  in %

Altre mensilità aggiuntive  ,  in % oppure Importo  ,

**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:

Generalità e recapito

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

Generalità e recapito

2)  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 settimanali 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	II (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza ecc... e 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 E-MAIL		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. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 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


DATA  /  /

TIMBRO E FIRMA

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

## **REGISTRO DEGLI INFORTUNI**

**Con il D. Lgs. 151 del 14/9/2015 è stato abolito, con decorrenza dal 23/12/2015 l'obbligo di tenuta del registro infortuni. Restano in vigore le disposizioni relative ai registri degli esposti ad agenti cancerogeni e biologici fino a 6 mesi successivi all'adozione del decreto interministeriale di cui all'articolo 8 comma 4, del D. Lgs. 81/08.**