QUESTIONARIO INFORTUNIO SUL LAVORO

Ditta _____

Cognome e nome dell'infortunato _____

Stato civile _____ Data dell'infortunio _____

Ora nella quale si è verificato l'evento _____

Reparto e/o cantiere in cui è avvenuto l'infortunio _____

Reparto e/o cantiere dove opera abitualmente il dipendente _____

Mansioni del dipendente _____

Lavorazioni cui era adibito il dipendente al momento dell'infortunio _____

_____

Il datore di lavoro: è venuto a conoscenza del fatto il _____

In che modo: _____

Ha ricevuto il certificato il _____

Orario di lavoro da effettuarsi il giorno dell'infortunio:

Dalle ore_____ alle ore_____

Dalle ore_____ alle ore_____

Descrizione dell'infortunio **(max 400 caratteri)**:

_____

_____

_____

_____

Ritenete che la descrizione risponda a verità? SI ☐ NO ☐

Testimoni_____

Eventuali Vostre annotazioni _____

Giorno/ora di effettivo abbandono del lavoro_____

Ore di lavoro effettuate nei **15 giorni di calendario (inclusi sabati e domeniche)** precedenti il giorno dell'infortunio:

GIORNI															
Ore ordinarie															
Ore straord.															
Ferie/Rol															

PRECISAZIONI: indicare per quante delle ore esposte nella tabella sono dovute maggiorazioni per lavoro notturno o a turni _____

INFORTUNIO IN ITINERE (Obbligo di allegare la constatazione amichevole ed indicare l'indirizzo Esatto del luogo dell'incidente)

_____

_____