**[A blue and white sign

Description automatically generated](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37952&utm_language=IT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Work-Related+Accident/Injury+Report+Form-word-37952-it&lpa=ic+Work-Related+Accident/Injury+Report+Form+word+37952+it)INFORTUNIO/INCIDENTE SUL LAVORO**

**MODULO DI REPORT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ISTRUZIONI |  | N. RICHIESTA |
| Questo modulo deve essere compilato il prima possibile a seguito di un incidente o di un infortunio relativo ai dipendenti. Se il dipendente non è in grado, il supervisore deve compilare questo modulo e quindi inviarlo all'ufficio risorse umane. |  |  |

INFORMAZIONI PERSONALI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DIPENDENTE | | | | N. SICUREZZA SOCIALE | | ID DIPENDENTE | | DATA ODIERNA |
|  | | | |  | |  | |  |
| POSIZIONE LAVORATIVA | | | | | | DATA DI ASSUNZIONE | | RETRIBUZIONE |
|  | | | | | |  | |  |
| INDIRIZZO PRIVATO | | | | | | TELEFONO CASA | | TELEFONO LAVORO |
|  | | | | | |  | |  |
| NOME SUPERVISORE | | | | | E-MAIL DEL SUPERVISORE | | | TELEFONO |
|  | | | | |  | | |  |
| STATO DEL DIPENDENTE | | | | | ORE PER GIORNO | | GIORNI ALLA SETTIMANA | |
|  | TEMPO PIENO |  | PART-TIME | |  | |  | |

INFORMAZIONI INFORTUNIO/INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO DELL'INFORTUNIO | DATA DELL'INFORTUNIO | ORA DELL'INFORTUNIO |
|  |  |  |
| L'INFORTUNIO HA CAUSATO LA PERDITA DI TEMPO Di LAVORO? Fornisci date, quantità di tempo | IL DIPENDENTE È TORNATO AL LAVORO? | |
|  |  | |
| TESTIMONI Fornire i nomi di eventuali testimoni dell'incidente/lesione | | |
|  | | |
| DESCRIZIONE DELLE LESIONI Quali parti del corpo sono state colpite? Che tipo di lesione? | | |
|  | | |
| DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE Cosa stava facendo il dipendente al momento dell'incidente? Come si è verificato l'infortunio? | | |
|  | | |

TRATTAMENTO INFORTUNIO/INCIDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRONTO SOCCORSO Descrivere qualsiasi pronto soccorso somministrato sulla scena dell'infortunio/incidente. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| LA PARTE LESA È STATA CURATA IN UN PRONTO SOCCORSO? | | | | LA PERSONA OFFESA È STATA PORTATA IN AMBULANZA? | | | | |
|  | SÌ |  | NO |  | SÌ |  | | NO |
| NOME DEL MEDICO CURANTE | | | | NOME FORNITORE/I MEDICO/I | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | | | TELEFONO | |
|  | | | | | | |  | |
| TRATTAMENTO RICEVUTO | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

FIRMA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | FIRMA | DATA |
| DIPENDENTE |  |  |  |
| - O - SUPERVISORE |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**  Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |