

## DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO

AI SENSI DELL'ART. 4 LEGGE N. 15/1968 E ART. 2 D.P.R. N. 403/1998, E CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI SONO PUNITE AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA,

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_, NAT. A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_ PERSONALE A TEMPO \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ ALLA VIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

### DICHIARA CHE:

IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ MENTRE SI RECAVA AL LAVORO/A CASA HA SUBITO UN INFORTUNIO IN ITINERE IN VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

*Oppure*

IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ DURANTE LA \_\_\_\_\_ (1,2,3,...) ORA DI LAVORO HA SUBITO UN INFORTUNIO SUL LAVORO PRESSO IL PLASSO \_\_\_\_\_ LOCALE \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, ATTIVITA' O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

---

---

---

---

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DELLE CAUSE DELL'INFORTUNIO

---

---

---

---

---

---

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI A SEGUITO DELL'INFORTUNIO

---

---

---

---

---

---

TESTIMONI DELL'INFORTUNIO (COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO)

---

---

---

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)  
(Da compilare solo nel caso di infortunio subito in occasione o a causa della circolazione di veicoli a motore)

DATI DEL VEICOLO SU CUI VIAGGIAVA L'INFORTUNATO:

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE


COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
TARGA: SIGLA E NUMERO _____	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art.20 legge cit.
AUTORITA' INTERVENUTA _____	

**DATI DELL'ALTRO VEICOLO COINVOLTO:**

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
TARGA: SIGLA E NUMERO _____	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art.20 legge cit.

**DATI DI ALTRI EVENTUALI VEICOLI COINVOLTI:**

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO _____	
COMUNE DI RESIDENZA _____	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____
C.A.P. _____	
TARGA: SIGLA E NUMERO _____	COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art.20 legge cit.

**NB. SI ALEGGA VERBALE P.S. E/O DOCUMENTAZIONE MEDICA**

Meta    /    /   

Firma \_\_\_\_\_