

## **RAPPORTO DI INFORTUNIO SUL LAVORO**

<input type="checkbox"/> In azienda	<input type="checkbox"/> In itinere	<input type="checkbox"/> In missione
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

**AZIENDA**

**INFORTUNATO**

**ETÀ**

**MATRICOLA**

**REPARTO**

**MANSIONE**

**DATA INFORTUNIO**

L'incidento è avvenuto alle ore \_\_\_\_\_

**Luogo dell'incidento**

**Tipo di lavorazione svolta**

**Era il suo lavoro abituale**

### **DETTAGLI INFORTUNIO**

**Forma dell'accadimento**

**Agente materiale del  
contatto**

**Cause dell'incidento**

**Natura della lesione**

**Sede della lesione**

**Conseguenze infortunio**

L'infortunato ha abbandonato il posto di lavoro?

SI alle ore \_\_\_\_\_

No

Utilizzava i D.P.I. necessari e previsti?

SI, elencare i D.P.I. \_\_\_\_\_

No, elencare quali D.P.I. avrebbe dovuto utilizzare \_\_\_\_\_

Persone coinvolte: \_\_\_\_\_

Persone presenti: \_\_\_\_\_

Testimoni: \_\_\_\_\_

Data di compilazione

-----

Firma del compilatore

-----