

RELAZIONE INFORTUNI PERSONALE

Categoria di appartenenza

☐

Docente

☐

ATA

Nome e Cognome infortunato _____

Data infortunio _____ ora _____ luogo _____

L'infortunato ha abbandonato il posto di lavoro?

☐ No

☐ Sì il _____ ora _____

Descrizione dell'infortunio:

(in che modo è avvenuto l'infortunio? Descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

.....
.....
.....
.....

In particolare:

● dove è avvenuto l'infortunio _____

● che tipo di attività stava svolgendo _____

Era il suo lavoro consueto?

☐ sì (saltuariamente)

☐ no

● al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare?

.....
.....

● cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

.....
.....

● in conseguenza di ciò che cosa è avvenuto? (shock, caduto, schiacciato, punto ecc....)

.....
.....

Intervento di primo soccorso _____

È intervenuto il medico

☐ sì

☐ no

È stato accompagnato al Pronto Soccorso con ambulanza?

- ☐ Si
☐ no

Testimone presente (Maggiorenne)

- ☐ NO
☐ SI (se SI indicare un solo testimone)

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____

Note:

Il presente modulo deve essere consegnato in segreteria nel più breve tempo possibile e comunque nella stessa giornata dell'incidente.

DATA

FIRMA