



Sistema QAS

SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"

Numero	MOD01PS06
Rev. 03	22/02/2022
Pag. 1 di 3	

Luogo dell'evento:

REGISTRATO IL
vorno
PROT. N. 11033

Ora dell'evento:

7.30

20 LUG. 2025

Accertatore (nome e cognome):

Fusco Alessia

ASCIT S.p.A.

Tipologia evento:

infortunio

 quasi infortunio

Dipendente coinvolto (nome e cognome, qualifica) se presente:

Maila Bartolomei

Altre persone coinvolte (nome e cognome):

Attrezzature di lavoro:

bidone pap umido

Natura della lesione, se presente:

dolore spalla sx

Danni materiali, se presenti:

Descrizione dei fatti (es. antefatto, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):

mentre sollevava un bidoncino pap dell'organico ha avvertito un dolore alla spalla sx, ha continuato il lavoro ma alle 9:00 è rientrata perché non riusciva a continuare per il dolore.

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore

Data 25/7/25

Firma accertatore

Questo modulo, IN CASO DI INFORTUNIO, deve essere consegnato al Responsabile Risorse Umane e RSPP, IN CASO DI QUASI INFORTUNIO, deve essere consegnato al RS

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Primo

Continuativo

Definitivo

Riammissione in temporanea



ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome
BARTOLOMEINome
MAILACodice fiscale
BRTMLA79D64A657CNazione di nascita
ItaliaCittadinanza
ItaliaSesso Data di nascita (GOMM/AAAA)
 24/04/1979Comune di nascita
BargaProv. Cod. Istat
LU 046003

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA S LORENZO

N. civico
17

Nazione

Italia

Comune

Villa Basilica

Provincia

LU

CAP

55019

Cod. Istat

046034

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

VIA S LORENZO

N. civico
17

Nazione

Italia

Comune

Villa Basilica

Provincia

LU

CAP

55019

Cod. Istat

046034

ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Presso

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'Inail a favore del lavoratore.

Telefono abitazione 0572386106

Telefono cellulare 3394541444

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Asci

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

via San Cristoforo

Comune

Capannori

Provincia

LU

CAP

55012

Cod. Istat

046007

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansiona)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

25/07/2025

Ora dell'evento (HH:MM)

07:30

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazionale

Italia

Comune

Capannori

Provincia

LU

Cod. Istat

046007

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

25/07/2025

Ora di abbandono (HH:MM)

09.30

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

accese sollevando un contenitore dell'organico

DATI SANITARI

Data della visita (GG/MM/AAAA)

25/07/2025

Malattia infettiva



Data del decesso in conseguenza dell'evento (GG/MM/AAAA)

**DIAGNOSI**

trauma indiretto spalla sn

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata



Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

25/07/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

31/07/2025

Luogo

Pescia

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

25/07/2025

Timbro e firma del medico
CARMELO MUSCARI

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679). Il ricorrente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info www.inail.it/privacy