

 <small>RETIAMBIENTE</small> Sistema QAS	<b>SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"</b>	Numero	MOD01PS06
		Rev. 03	22/02/2022
		Pag. 1 di 3	

Luogo dell'evento:		vorno	
Ora dell'evento:	7.30		
Accertatore (nome e cognome):	Fusco Alessia		
Tipologia evento:	<input checked="" type="checkbox"/> infortunio	<input type="checkbox"/> 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): <u>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.</u>			

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore

Data

25/2/25

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

BARTOLOMEI

Nome

MAILA

Codice fiscale

BRTMLA79D64A657C

Nazione di nascita

Italia

Cittadinanza

Italia

Sesso

F

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

24/04/1979

Comune di nascita

Barga

Prov.

LU

Cod. Istat

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 8394541444

Indirizzo email

Indirizzo PEC

## RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Ascit

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

via San Cristoforo

Comune

Capannori

Provincia

LU

CAP

55012

Cod. Istat

046007

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansioni)



## 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

Nazione

Italia

Comune

Capannon

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

accie 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 richiedente 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](http://www.inail.it) > privacy