

Ascit

ULTIMA AGGIUNTA 2

Sistema QAS

**SEGNALAZIONE DI
INFORTUNIO O "QUASI
INFORTUNIO"**

Numero

MOD01PS06

Rev. 03

22/02/2022

Pag. 1 di 4

REGISTRATO IL
PROT. N. 11542

04 AGO. 2025

ASCIT S.p.A.Luogo dell'evento: Bagn. di Lucca La LongoriaOra dell'evento: 08:00Accertatore (nome e
cognome):Edoardo RobertoTipologia
evento:infortunio

quasi

☒ infortunio

Dipendente coinvolto (nome e cognome, qualifica)

se presente: Bolognini GianniAltre persone coinvolte (nome e
cognome):Attrezzature di
lavoro:Porter 401Natura della lesione, se
presente:Sloggiatura caviglia SXDanni materiali, se
presenti:

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

USCITO DAL PORTER ALCANTO IL PIEDE SX

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore

Bolognini GianniData 31/07/2025

Firma accertatore

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

Primo



Continuativo



Definitivo



Riammissione in temporanea



ANAGRAFICA LAVORATORE

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Cognome | Nome |
| BOLOGNESI | GIANNI |
| Codice fiscale | Nazione di nascita |
| BLGGNN96A04E715H | Italia |
| Cittadinanza | Sesso |
| Italia | M |
| Comune di nascita | Data di nascita (GGMMAAAA) |
| Lucca | 04/01/1996 |
| | Prov. Cod. Istat |
| | LU 046017 |

DATI DI RESIDENZA

| | |
|--|--------------------------------|
| Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.) | N. civico |
| VIA RUGHI | 16/F |
| Nazione | Comune |
| Italia | Portofino |
| Provincia | CAP |
| LU | 55016 |
| Cod. Istat | ASL |
| 046026 | AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST |

DATI DI DOMICILIO

| | |
|--|-----------|
| Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.) | N. civico |
| VIA RUGHI | 16/F |
| Nazione | Comune |
| Italia | Portofino |
| Provincia | CAP |
| LU | 55016 |
| Cod. Istat | ASL |
| 046026 | |

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 | 0583299647 | Telefono cellulare | |
| Indirizzo email | | Indirizzo PEC | |

RAPPORTO DI LAVORO

| | |
|---|------------|
| Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro | |
| Asci spa | |
| Indirizzo (Via, piazza, ecc.) | N. civico |
| | |
| Comune | Provincia |
| | |
| CAP | Cod. Istat |
| | |
| ASL | |
| Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione) | |
| | |

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

Ora dell'evento (HH/MM)

01/07/2025

09.00

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località del lavoro/Unità produttiva/Struttura/Riva

Lungoro

N. civico

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

Nazione

Italia

Comune

Bagni di Lucca

Provincia

LU

Cod. Istat

046002

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

01/07/2025

Ora di abbandono (HH/MM)

12.00

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

Infortunio accidentale in corso di attività lavorativa

DATI SANITARI

Data della visita

(GG/MM/AAAA)

01/07/2025

Malattia

Infettiva

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

DIAGNOSI

Dolore al piede sin in trauma distorsivo

INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

☐

Prognosi riservata

☐

Prognosi del (GG/MM/AAAA)

01/07/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

04/08/2025

Luogo

Lucca

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

01/07/2025

Timbro a firma del medico
Fabrizio Biondi Chirurgo
Via Cesare Decaria, 20-Barletta
Tel. 050.3082767

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 > privacy

Copia G - per il Datore di Lavoro

PAGINA 2