

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

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

**Luogo dell'evento:** ALTOPASCO

REGISTRATO IL  
PROT. N. 12830

**Ora dell'evento:** 107:50

01 SET. 2025

**Accertatore (nome e cognome):**

ANDREA M. DOLCI

ASCIT S.p.A.

**Tipologia evento:**

infortunio

quasi infortunio

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

ALFESSO CAVRUAU

**Altre persone coinvolte (nome e cognome):**

**Attrezzature di lavoro:**

**Natura della lesione, se presente:**

STO SCHIACCIAMENTO MIGRATO NELLA PONTIERA

**Danni materiali, se presenti:**

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

QUNTALE LA RACCOLTA DELL'OROLOGIO L'OPENATO, CHIUDENDO LA PONTIERA È È SCHIACCIATO IL MIGRATO DELLA MANO DX

**Rifiuto del ricovero con ambulanza**

Firma Lavoratore

**Data** 1/09/2025

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**

Mod. 1SS - Inf.

Primo

Continuativo

Definitivo

Riammissione in temporanea

**ANAGRAFICA LAVORATORE**

Cognome

CARNEVALI

Codice fiscale

CRNLSS82A06B036K

Cittadinanza

Italia

Comune di nascita

Borgo San Lorenzo

**DATI DI RESIDENZA**

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA ROMANA OVEST

Nazione

Italia

Provincia

LU

CAP

55016

Cod. Istat

046026

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

**DATI DI DOMICILIO**

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

VIA ROMANA OVEST

Nazione

Italia

Provincia

LU

CAP

55016

Cod. Istat

046026

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

**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

85G

Presso

Nazione

Provincia

LU

CAP

55016

Cod. Istat

046026

ASL

Comune

Porcari

N. civico

85G

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

3466759043

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

**RAPPORTO DI LAVORO**  
Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

ASCIT

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

SAN CRISTOFORO

N. civico

82

Comune

Capannori

Provincia

LU

CAP

55012

Cod. Istat

046007

ASL

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE****Data dell'evento (GG/MM/AAAA)**

01/09/2025

**Ora dell'evento (HH.MM)**

07.50

**LUOGO DELL'EVENTO**Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave  
ascit

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Italia

Comune

Altopascio

Provincia

LU

Cod. Istat

046001

**DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE****Data di abbandono (GG/MM/AAAA)**

01/09/2025

**Ora di abbandono (HH.MM)**

08.20

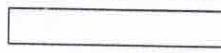
**Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore**

schiacciamento involontario contro portiera camion V dito mano destra

**DATI SANITARI****Data della visita (GG/MM/AAAA)**

01/09/2025

Malattia infettiva

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

Frattura V dito mano destra

**INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO****Assenza prognosi****Prognosi riservata****Prognosi dal (GG/MM/AAAA)**

01/09/2025

**fino a tutto il (GG/MM/AAAA)**

30/09/2025

**Luogo**

Lucca

**Data di rilascio (GG/MM/AAAA)**

01/09/2025

**Timbro e firma del medico**

Cristina Tucci

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.