

Ascit

IN AMBIENTE

Sistema QAS

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

Numero

MOD01PS06

Rev. 03

22/02/2022

Pag.1 di 3

Luogo dell'evento: ALTOPASCOOra dell'evento: 07:50Accertatore (nome e
cognome):MARIA ILIOLDITipologia
evento:☒ infortunio☐ quasi
infortunioDipendente coinvolto (nome e cognome, qualifica)
se presente: ALESSIO CARIBVALIAltre persone coinvolte (nome e
cognome): /Attrezzature di
lavoro: /Natura della lesione, se
presente:MANO SCHIACCIAMENTO ^{MANO} V MANO DX NELLA PORTIERADanni materiali, se
presenti: /

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

DURANTE LA RACCOLTA DELL'ORIGINE
L'ORIGINE, CHIUDENDO LA PORTIERA S'
E SCHIACCIATO IL MANO 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

Nome

ALESSIO

Codice fiscale

CRNLSS82A06B036K

Nazione di nascita

Italia

Cittadinanza

Italia

Sesso

M

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

06/01/1982

Comune di nascita

Borgo San Lorenzo

Prov.

FI

Cod. Istat

048004

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA ROMANA OVEST

N. civico

85G

Nazione

Italia

Comune

Porcari

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

N. civico

85G

Nazione

Italia

Comune

Porcari

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

Presso

Nazione

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

Comune

Indirizzo PEC

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

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

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 > privacy