

22/02/2022

Pag. 1 di 3

7.30

Fusco Alessia

infortunio

7

quasi
infortuni

Puccella Antonio

isuzu 55

colpura del palmo mano sx
con successivo gonfiore

Descrizione dei fatti (es. antecedenti, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):
mentre effettuava la raccolta è scivolato
le mani, e al palmo della mano sx è venuto
gonfiore. Ha comunque svolto regol
avanti, si è parato con
fuori un ematoma con
mente il servizio

Firma Lavoratore

Firma accerta ore

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



Cognome

PUCCELLA

Codice fiscale

PCCNTN64D18Z103Y

Cittadinanza

Italia

Comune di nascita

Belgio

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA VETRIANO

Nazione

Italia

Provincia

PT

CAP

51010

Cod. Istat

047008

ASL

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

VIA VETRIANO

Nazione

Italia

Provincia

PT

CAP

51010

Cod. Istat

047008

ASL

MASSA COZZILE

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

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

Presso

Nazione

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

Telefono abitazione

3479400470

Indirizzo email

apucella@gmail.com

Telefono cellulare

3496033519

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

ASCIT SISTEMA AMBIENTALE

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

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)

25/09/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

09.30

LUOGO DELL'EVENTO

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

moncarlo

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

Nazione

Italia

Provincia

LU

Cod. Istat

046021

Comune

Monte Carlo

N. civico

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

25/09/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

13.00

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

Trauma mano sinistra da caduta accidentale

DATI SANITARI

Data della visita

(GG/MM/AAAA)

26/09/2025

Malattia
infettiva

☐

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

DIAGNOSI

Trauma contusivo dito mano

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

☐

Prognosi riservata

☐

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

26/09/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

03/10/2025

Luogo

Pescia

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

26/09/2025

Timbro e firma del medico

CEZARINA FIRUȘA

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. 1 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > privacy