

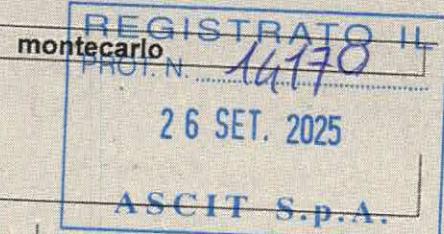


Sistema QAS

**SEGNALAZIONI DI
INFORTUNIO O "QUASI
INFORTUNIO"**

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

Luogo dell'evento:			
Ora dell'evento:	7.30		
Accertatore (nome e cognome):	Fusco Alessia		
Tipologia evento:	infortunio	<input type="checkbox"/>	quasi infortunio
Dipendente coinvolto (nome e cognome, qualifica) se presente:	Puccella Antonio		
Altre persone coinvolte (nome e cognome):			
Attrezzature di lavoro:	isuzu 55		
Natura della lesione, se presente:	colpitura del palmo mano sx con successivo gonfiore		
Danni materiali, se presenti:			
Descrizione dei fatti (es. antefatto, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):	mentre effettuava la raccolta è scivolato indietro, si è parato con le mani, e al palmo della mano sx è venuto fuori un ematoma con gonfiore. Ha comunque svolto regolarmente il servizio		



Rifiuto del ricovero con ambulanza

Data 25/9/25

Firma Lavoratore _____
 Firma accertatore _____ *Alessia Fusco*

Questo modulo, IN CASO DI INFORTUNIO, deve essere consegnato al Responsabile Risorse Umane e RSPP, IN CASO DI QUASI INFORTUNIO, deve essere consegnato al IRS

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

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)
VIA VETRIANO

Nazione

Italia

Provincia

PT

CAP
51010

Cod. Istat
047008

ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI

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

Presso

Nazione

Italia

Provincia

PT

CAP
51010

Cod. Istat
047008

ASL

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace esecuzione delle prestazioni da parte dell'Inail a favore del lavoratore.

Telefono abitazione 3479400470

Indirizzo email

apucella@gmail.com

Telefono cellulare

3496033519

Indirizzo EC

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

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansioni)

Cod. Istat

046007

ASL

N. civico

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATO DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

25/09/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

09.30

LUOGO DELL'EVENTOLuogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave
moncarlo

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

Nazionale

Italia

Provincia

LU

Cod. Istat

046021

Comune

Montevarlo

N. civico

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DI CESSAZIONE DELLA DEDICA AL LAVORO

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

25/09/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

13.00

CAUSE E CIRCOSTANZE DELL'ABANDONO LAVOROCause 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

26/09/2025

G/MM/AAAA)

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 FIRUSHA

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. 13 del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

mento Ue 2016/679) - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: