

Primo ☒

Continuativo ☐

Definitivo ☐

Riammissione in temporanea ☐

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome **BRANI**
Nome **MARIO**
Codice fiscale **BRVRF066M15L533E**
Nazione di nascita **Italia**
Sesso **M** Data di nascita (aaaaaa) **15/09/1966**
Cittadinanza **Italia**
Prov. **LU** Cod. stat **048031**
Comune di nascita **Vagli Sotto**

DATI DI RESIDENZA
Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)
VAGLI DI SOPRA, VIA CAVE
Nazione **Italia**
Comune **Vagli Sotto**
Prov. **LU** CAP **55030** Cod. stat **048031** ASL **AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST**

DATI DI DOMICILIO
Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)
VAGLI DI SOPRA, VIA CAVE
Nazione **Italia**
Comune **Vagli Sotto**
Prov. **LU** CAP **55030** Cod. stat **048031** ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PRODIGI INDICATA NEL CERTIFICATO
Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Presso
Nazione
Comune
Prov. CAP Cod. stat 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 **8384503902**
Indirizzo email
Telefono cellulare
Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro
ACIT
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)
N. civico
Comune **Lucca**
Prov. **LU** CAP **55100** Cod. stat **046017** ASL
Attività lavorativa svolta dal lavoratore (manifazione)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (gg/mm/aaaa)	Ora dell'evento (gg/mm)	N. civico
04/10/2025	08.00	
LUOGO DELL'EVENTO		
Luogo/Locallità del lavoro/Unità produttiva/Struttura/Nave		
Dichiaro		
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)		
Nazione	Comune	
Italia	Borgo a Mozzano	
Provincia	Cod. Inst.	
LU	048004	
DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE		
Data di abbandono (gg/mm/aaaa)	Ora di abbandono (gg/mm)	
04/10/2025	08.10	
Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore		
Si fermava in discesa mentre faceva porta a porta ma perdeva il controllo del camioncino, battendo contro il muro		

DATI SANITARI

Data della visita (gg/mm/aaaa)	Malattia	Data del decesso in conseguenza dell'evento (gg/mm/aaaa)
04/10/2025	Infettiva	
DIAGNOSI		
Trauma cranico lieve non commotivo		
Intossicazione X colla CA		

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi	Prognosi riservata	Prognosi dal (gg/mm/aaaa)	fino a tutto il (gg/mm/aaaa)
☐	☐	04/10/2025	24/10/2025

Lugaro	Data di rilascio (gg/mm/aaaa)
Luca	04/10/2025

Timbro e firma del medico

Gabriele Cammignoni

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 insità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento UE 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Ascit IN TIAMBIENTE Sistema QAS	SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"	Numero	MOD01PS06
		Rev. 03	22/02/2022
		Pag.1 di 3	

VIA DEL SANTO 58, DIECIMO - BORGO A MOZZANO

Luogo dell'evento:

Ora dell'evento: 7.45

Accertatore (nome e cognome): POLIDORI ANDREA

Tipologia evento: ☒ infortunio ☐ quasi infortunio

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

Altre persone coinvolte (nome e cognome):

Attrezzature di lavoro: MEZZO PORTER GOUPILL SAS

Natura della lesione, se presente:

Danni materiali, se presenti: URTATO REGINZIONE IN CEMENTO

Descrizione dei fatti (es. antefatto, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):
 L'OPERATORE RIFERISCE CHE DURANTE IL SERVIZIO DI RACCOLTA, DOPO LO SVUOTAMENTO DI UN CONTENITORE RIPARTIVA CON IL MEZZO DI CUI. SOPRA IN UNA STRADA IN DISCESA. L'OPERATORE DI CHIARA CHE IL MEZZO NON HA FRENATO ANDANDO A SBATTERE CONTRO IL MURO. L'OPERATORE È STATO TRASFERITO IN AMBULANZA ALL'OSPEDALE

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore

Data 04/10/2025

Firma accertatore *Polidori Andrea*

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

DICHIARAZIONE RESA VERBALMENTE IN DATA 4/10/25
 IN QUANTO L'OPERATORE È IN OSPEDALE