

## SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"

Numero

MOD01PS06

Rev. 03 22/02/2022  
REGISTRATO IL  
PROT. N. 723  
Pag. 1 di 4  
15 GEN. 2025  
ASCIT S.p.A.

Luogo dell'evento:

LOC. HAGUANO SIUANO

Ora dell'evento:

7:30

Accertatore (nome e  
cognome):

CHIARA BASTIANI

Tipologia  
evento:



infortunio



quasi

infortunio

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

GIORGIO SAWETU

Altre persone coinvolte (nome e  
cognome):

Attrezzature di  
lavoro:

PORTER G28

Natura della lesione, se  
presente:

Danni materiali, se  
presenti:

PARAURTI POSTERIORE PORTER LEGGERMENTE PIEGATO

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

L'OPERATORE RIFERISCE CHE DURANTE IL SERVIZIO DI RACCOLTA, STAVA PERCORRENDO CON IL MELO LA STRADA CHE CONDUCE IN CINA AL PAESE DI HAGUANO, AD UN CERTO PUNTO, IL MANTO STRADALE ERA TOTALMENTE GHIACCIATO, IL MELO NON RUSCIVA A SARE E INDIETREGGIAVA. L'OPERATORE PRESO DALLA PAURA E DAL PANICO (VISTO CHE SUL LATO SX DELLA CARREGGIATA C'E' UN DIRUP) SI E' BATTATO FUORI DAL MELO E HA BATTUTO LA TESTA E LA SCHIENA NEL PUNTO DEL COCCIGE. E' STATO TRASFERITO IN OSPEDALE CON AMBULANZA. L'OPERATORE E' AL MOMENTO RICOVERATO CIO OSPEDALE DI CASTELNUOVO DI GABRIANNA

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore

Data 15/01/2024

Firma accertatore Chiara Bastiani

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

EVENTO AVVENUTO IN DATA 16/01/2025.  
DICHIARAZIONE PRESA AL TELEFONO.



# DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA) 14/01/2025 Ora dell'evento (HH/MM) 07.30

## LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località del lavoro/Unità produttiva/Struttura/Nave

Magliano

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Italia

Comune

Sillano Giuncugnano

Provincia

LU

Cod. Istat

046037

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

Ora di abbandono (HH/MM)

07.30

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

caduta accidentale dal furgone durante attività lavorativa

## DATI SANITARI

Data della visita

(GG/MM/AAAA)

15/01/2025

Malattia

infettiva

☐

Data del decesso in conseguenza

dell'evento (GG/MM/AAAA)

Riscontro

diagnostico

☐

Autopsia

giudiziaria

☐

## DIAGNOSI

Trauma cranico con iperdensità ematica da ESA in sede fronto-mesiale anteriore destra, policontuso

## INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

☐

Prognosi riservata

☐

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

23/01/2025

Ricovero ospedaliero

☐

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

## ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI

CREATININA ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO EMOCROMO URGENTE CON FORMULA ECG GLICEMIA POTASSIO Prelievo venoso  
RX COLONNA LOMBOSACRALE RX TORACE A LETTO SODIO TC CRANIO-ENCEFALO TC RACHIDE CERVICALE TEMPO DI  
PROTROMBINA TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIA TEST RAPIDO ANTIG. SARS-COV-2 [TAMP. NASOFARINGEA] VISITA  
NEUROCHIRURGICA VISITA NEUROLOGICA Visita di PS Visita di ps

## PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Come da indicazioni neurologiche controllo TC fra 7-10 giorni.

Tornare prima se si dovessero presentare i seguenti sintomi:

- cefalea severa e persistente (la dolorabilità nella sede del trauma non è motivo di allarme)
- vomito ripetuto

Copia C - per il Datore di Lavoro

PAGINA 1



# DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)		Ora dell'evento (HH/MM)
14/01/2025		07.30
LUGO DELL'EVENTO		
Lugogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave		
Magliano		
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)		N. civico
Nazione	Comune	
Italia	Sillano Giuncugnano	
Provincia	Cod. Istat	
LU	046037	

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)	Ora di abbandono (HH/MM)
14/01/2025	07.30

### Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

caduta accidentale dal furgone durante attività lavorativa

## DATI SANITARI

Data della visita (GG/MM/AAAA)	Malattia infettiva	Data del decesso in conseguenza dell'evento (GG/MM/AAAA)
15/01/2025	<input type="checkbox"/>	

### DIAGNOSI

Trauma cranico con iperdensità ematica da ESA in sede fronto-mesiale anteriore destra, policonfuso

## INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi	Prognosi riservata	Prognosi dal (GG/MM/AAAA)	fino a tutto il (GG/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14/01/2025	23/01/2025

Lugogo	Data di rilascio (GG/MM/AAAA)
Castelnuovo di Garfagnana	15/01/2025

Timbro e firma del medico

Elisa Sani

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679) - Il lavoratore 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

Copia C - per il Datore di Lavoro

PAGINA 2