

 <small>RIAMBIENTE</small> Sistema QAS	SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"	Numero	MOD01PS06
		Rev. 03	22/02/2022
		Pag. 1 di 4	

Luogo dell'evento: via della madonnina Lunata

Ora dell'evento: 6.30

Accertatore (nome e cognome): Fusco Alessia

Tipologia evento: ☒ infortunio ☐ quasi infortunio

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

Altre persone coinvolte (nome e cognome):

Attrezzature di lavoro: isuzu 55 461

Natura della lesione, se presente: distorsione caviglia sn

Danni materiali, se presenti:

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

mentre scendeva dal mezzo ha messo male il piede sn e ha preso una distorsione che non gli ha permesso di continuare il lavoro. Chiamata l'ambulanza in sede .

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Data 3/1/25

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

Primo



Continuativo



Definitivo



Riammissione in temporanea



ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome

ITALIANI

Nome

MARCO

Codice fiscale

TLNMRC71B04I449G

Nazione di nascita

Italia

Cittadinanza

Italia

Sesso

M

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

04/02/1971

Comune di nascita

Sarzana

Prov.

SP

Cod. Istat

011027

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA F. LLI ROSSELLI

N. civico

4

Nazione

Italia

Comune

Pescia

Provincia

PT

CAP

51017

Cod. Istat

047012

ASL

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

VIA F. LLI ROSSELLI

N. civico

4

Nazione

Italia

Comune

Pescia

Provincia

PT

CAP

51017

Cod. Istat

047012

ASL

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

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

Comune

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 del lavoratore.

Telefono abitazione

3338026803

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

acit

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

via cristoforo

N. civico

1

Comune

Lucca

Provincia

LU

CAP

55100

Cod. Istat

046017

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

03/01/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

06.30

LUOGO DELL'EVENTO

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

capannori Lammari

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Italia

Comune

Capannori

Provincia

LU

Cod. Istat

046007

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

03/01/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

06.30

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

Rif trauma accidentale scendendo dal camion

DATI SANITARI

Data della visita

(GG/MM/AAAA)

03/01/2025

Malattia

infettiva



Data del decesso in conseguenza

dell'evento (GG/MM/AAAA)

DIAGNOSI

trauma contusivo distorsivo caviglia sx

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi



Prognosi riservata



Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

03/01/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

09/01/2025

Luogo

Lucca

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

03/01/2025

Timbro e firma del medico

MICHELI DAVIDE