

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

REGISTRATO IL
 PROT. N. 16273
18 NOV. 2025
ASCIT S.p.A.

Luogo dell'evento: MAGLIANO | SILLANO

Ora dell'evento: 11:40 | 17/11/25

Accertatore (nome e cognome): LORENTI CRISTIAN

Tipologia evento: infortunio quasi infortunio

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

Altre persone coinvolte (nome e cognome):

Attrezzature di lavoro: POTER

Natura della lesione, se presente: DISTORSIONE GINOCCHIO SINISTRO

Danni materiali, se presenti: /

Descrizione dei fatti (es. antefatto, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):
MENTRE STAVO SPESANDO UN BIDONE DA 360 LT
DI NON RICICLABILE NEL MUOVERMI HO SENTITO
UNA FITTA AL GINOCCHIO SINISTRO, SONO STATO
AL PRONTO SOCCORSO E DALLA RX SI ESCUDONO
PROBLEMI OSSEI, SE CONTINUASSE IL DOLORE MI
HANNO CONSIGLIATO DI FARE UNA RISONANZA
MAGNETICA

Rifiuto del ricovero con ambulanza _____ Firma Lavoratore _____

Data 17/11/25 _____ Firma accertatore Loventi Cristian

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 ROSSI	Nome FRANCO
Codice fiscale RSSFNC64L12B557A	Nazione di nascita Italia
Cittadinanza Italia	Sesso M
Comune di nascita Camporgiano	Data di nascita (GG/MM/AAAA) 12/07/1964
	Prov. LU
	Cod. Istat 046006

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)
 VIA SAN TOMMASO FRAZ CASCIANA **N. civico**
3 A

Nazione
Italia **Comune**
Camporgiano

Provincia LU	CAP 55031	Cod. Istat 046006	ASL AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST
------------------------	---------------------	-----------------------------	--

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)
 VIA SAN TOMMASO FRAZ CASCIANA **N. civico**
3 A

Nazione
Italia **Comune**
Camporgiano

Provincia LU	CAP 55031	Cod. Istat 046006	ASL
------------------------	---------------------	-----------------------------	------------

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 0583696173 **Telefono cellulare** 339 7577408

Indirizzo email **Indirizzo PEC**

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro
 ASCIT SERVIZI AMBIENTALI SPA **N. civico**
82

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)
 Via san cristoforo

Comune Capannori	Provincia LU	CAP 55012	Cod. Istat 046007	ASL
----------------------------	------------------------	---------------------	-----------------------------	------------

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)
 operaio

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

17/11/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

11.30

LUOGO DELL'EVENTO

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

Sillano

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)

17/11/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

12.01

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

giunge in Ps per trauma distorsivo ginocchio sx , nega trauma in altri distretti corporei

DATI SANITARIData della visita
(GG/MM/AAAA)

17/11/2025

Malattia
infettivaData del decesso in conseguenza
dell'evento (GG/MM/AAAA)**DIAGNOSI**

gonalgia post trauma lavorativo

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

17/11/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

21/11/2025

Luogo

Castelnuovo di Garfagnana

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

17/11/2025

Timbro e firma del medico

Riccardo Evangelisti

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