


| | | | |
|--|--|------------|------------|
|  <small>ME TIAMMENTE</small> <small>Sistema QAS</small> | 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: POTTER

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 SPOSTANDO 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 ESCLUDONO 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 *Lorenti 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 | | | | |
| Indirizzo (Via, piazza, ecc.) Via san cristoforo | | | | N. civico 82 |
| 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 SANITARI

Data della visita

(GG/MM/AAAA)

17/11/2025

Malattia

infettiva

☐

Data 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