

|                                                            |                                                                |             |            |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| <b>Ascit</b><br><small>INTELLIGENZA</small><br>Sistema QAS | <b>SEGNALAZIONE DI<br/>INFORTUNIO O "QUASI<br/>INFORTUNIO"</b> | Numero      | MOD01PS06  |
|                                                            |                                                                | Rev. 03     | 22/02/2022 |
|                                                            |                                                                | Pag. 1 di 4 |            |

**Luogo dell'evento:** CDR BARGA LOC CHITARRINO

**Ora dell'evento:** CIRCA ORE 10:00 DEL 15-01-25

**Accertatore (nome e cognome):** FABIO CHICCA: AVVISATO PER TELEFONO ALLE ORE 13:50 - DOPO CHE L'OPERATORE ERA GIA USCITO FILTRANDO NORMALMENTE IN ORARIO

**Tipologia evento:** ☒ infortunio ☐ quasi infortunio

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

**Altre persone coinvolte (nome e cognome):**

REGISTRATO IL  
PROT. N. 775  
16 GEN. 2025  
ASCIT S.p.A.

**Attrezzature di lavoro:**

**Natura della lesione, se presente:**

COUTUSIONE POLSO SINISTRO

**Danni materiali, se presenti:**

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

AL L'OPERATORE GRILLO AIUTANDO UNA PERSONA ANZIANA A METTERE UNA TV NELL'APPOSITO CONTENITORE GLI SI TORGVA IL POLSO SINISTRO CHE GLI SPINTA CONTRO IL BORDO DEL CONTENITORE STESSO. L'OPERATORE CONTINUAVA A LAVORARE FINO A FINE TURNO PENSANDO FOSSE COSI' DI POCO. VERSO LE ORE 13:00 SI RENDEVA CONTO CHE IL POLSO ERA GOLIATO, GLI FALTA NALE E PER QUESTO SI RENDEVA AL PRIMO SOCCORSO. ALLE ORE 13:50 AVVISAVA IL RESP. CDR CHICCA DEI FATTI AVVENUTI.

Rifiuto del ricovero con ambulanza  
ANDATO IN AUTOMOTIA SENZA  
AVVISARE COME SCRITTO SOPRA

Data 16/01/2025

Firma Lavoratore

Firma accertatore

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

Mod. 155 - Inf.

Primo



Continuativo



Definitivo



Riammissione in temporanea



### ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome

GRILLO

Codice fiscale

GRLGPP67S06E625N

Cittadinanza

Italia

Comune di nascita

Livorno

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA FIRENZE

Nazione

Italia

Provincia

LU

CAP

55011

Cod. Istat

046001

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

Nome

GIUSEPPE

Nazione di nascita

Italia

Sesso

M

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

06/11/1967

Prov.

LI

Cod. Istat

049009

N. civico

65

Comune

Altopascio

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

VIA FIRENZE

Nazione

Italia

Provincia

LU

CAP

55011

Cod. Istat

046001

ASL

AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST

N. civico

65

Comune

Altopascio

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

0460425208

Telefono cellulare

056325894

Indirizzo email

Indirizzo PEC

### RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Asciit servizi ambientali spa

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

VIA S. CRISTOFORO

Comune

Capannori

Provincia

LU

CAP

55012

Cod. Istat

046007

ASL

N. civico

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

# DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)  
15/01/2025

## LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave  
Fornaci di Barga

Ora dell'evento (HH/MM)  
10.00

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

Nazione

Italia

Provincia

LU

Cod. Istat

046017

Comune

Lucca

N. civico

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

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)  
15/01/2025

Ora di abbandono (HH/MM)  
12.45

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

Trauma contro oggetto metallico

## DATI SANITARI

Data della visita (GG/MM/AAAA)  
15/01/2025

Malattia  
Infettiva

☐

Data del decesso in conseguenza  
dell'evento (GG/MM/AAAA)

## DIAGNOSI

Contusione polso sinistro

## INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Absenza prognosi

☐

Prognosi riservata

☐

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)  
15/01/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)  
17/01/2025

Luogo

Lucca

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

15/01/2025

Timbro a firma del medico

Leonardo Dehli

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento UE 2016/679) - Il dichiarante dichiara di essere stato informato sulla 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