

**SEGNALAZIONE DI
INFORTUNIO O “QUASI
INFORTUNIO”**

Numero	MOD01PS06
Rev. 03	22/02/2022
Pag. 1 di 4	

Luogo dell'evento:

via del marginone santa margherita

REGISTRATO IL
PROT. N. 150

Ora dell'evento:

7.00

04 FEB. 2025

Accertatore (nome e
cognome):

fusco alessia

ASCIT S.p.A.

Tipologia
evento:

infortunio



quasi

infortunio

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

lorenzo viani

Altre persone coinvolte (nome e
cognome):Attrezzature di
lavoro:

contenitore 120 lt organico

Natura della lesione, se
presente:

dolore lombare

Danni materiali, se
presenti:

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

mentre movimentava un bidone dell'organico da 120 lt , ha avvertito
dolore lombare .non ha potuto proseguire il lavoro chiamata l'ambulanza in loco

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore _____

Data 5/2/25Firma accertatore Alessia Rusca

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

Nome

Codice fiscale

Nazione di nascita

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

Cittadinanza

Sesso

Prov.

Cod. Istat

DATI DI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia CAP Cod. Istat

ASL

DATI DI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia CAP Cod. Istat

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 3280937452

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

04/02/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

07.30

LUOGO DELL'EVENTO

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

Pieve San Paolo

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)

04/02/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

08.30

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

Caduta accidentale con trauma vertebrale mentre spostava un bidone da 120lt durante la gestione della raccolta differenziata

DATI SANITARI

Data della visita (GG/MM/AAAA)

04/02/2025

Malattia infettiva



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

DIAGNOSI

Trauma contusivo del rachide lombosacrale e dell'anca sinistra, in infortunio sul lavoro.

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi



Prognosi riservata



Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

04/02/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

08/02/2025

Luogo

Lucca

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

04/02/2025

Timbro e firma del medico

Gabriele Cioni

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