COMUNICAZIONE INFORTUNIO

PER DENUNCIA INAIL A CARICO DELL’AGENZIA SULLA PAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Definizione di infortunio del tirocinante**

L’infortunio del tirocinante è un evento riferibile alla copertura assicurativa INAIL.

Si definisce infortunio del tirocinante un evento avvenuto in occasione di tirocinio, ovvero, che sia strettamente collegato con un nesso causa-effetto dello stesso tirocinio, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al tirocinio, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che comporti l’astensione dal tirocinio per più di tre giorni.

Si possono distinguere due fattispecie differenti di infortunio in tirocinio:

1. **L’infortunio durante lo svolgimento del tirocinio**: infortunio verificatosi nei luoghi di svolgimento del tirocinio durante l’esecuzione delle attività previste dal progetto di tirocinio; è da considerarsi infortunio sul tirocinio anche quello causato da incidente stradale nell’ipotesi in cui il tirocinante per svolgere il tirocinio si sta muovendo da un luogo all’altro con un mezzo di trasporto.
2. **L’infortunio in itinere**: infortunio verificatosi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di tirocinio o viceversa.

In caso di infortunio, anche in itinere e a prescindere dalla prognosi, il lavoratore deve immediatamente avvisare o far avvisare, nel caso in cui non potesse, il proprio datore di lavoro. La segnalazione dell’infortunio deve essere fatta anche nel caso di lesioni di lieve entità. In base alla gravità dell’infortunio, il lavoratore può:

a. rivolgersi al medico dell’azienda, se è presente nel luogo di lavoro;

b. recarsi o farsi accompagnare al Pronto soccorso nell’ospedale più vicino;

c. rivolgersi al suo medico curante.

In ogni caso, occorre spiegare al medico come e dove è avvenuto l’infortunio.

Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro è obbligato a rilasciare il certificato medico nel quale sono indicati la diagnosi e il numero dei giorni di inabilità temporanea assoluta al lavoro e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all’Inail.

Il Soggetto Ospitante è tenuto ad assistere il Tirocinante infortunato secondo le stesse modalità nell’ipotesi di infortunio dei propri lavoratori dipendenti. Il Soggetto Ospitante deve effettuare, obbligatoriamente, la Denuncia/Comunicazione di infortunio all’Inail, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia.

Il datore di lavoro ha l’obbligo di inoltrare la denuncia/comunicazione di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all’istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio.

Se il datore di lavoro non dovesse denunciare all’Inail l’infortunio, può farlo il lavoratore recandosi presso la sede Inail competente con la copia del certificato rilasciato dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio.

**Disposizioni Linee Guida**

Al verificarsi del sinistro causato dal Tirocinante, il Soggetto Ospitante è tenuto a seguire le disposizioni presenti nelle Linee Guida del Programma GOL Appendice “Attivazione tirocini” sui tirocini (“Sinistri” – par. 5.9 Adempimenti per la sicurezza).

Spett.le

Ragione Sociale

*(denominazione Soggetto Promotore)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL – Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Questura/Commissariato P.S./Sindaco

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riferimento Progetto: TIRGOL - Codice Fiscale Tirocinante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comunicazione di infortunio - Pat Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante con Ragione Sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunica l’avvenuto infortunio al/la Tirocinante in oggetto, a tal fine riporta le seguenti informazioni e la descrizione dell’evento:

**Dati anagrafici Tirocinante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | Cognome: |  |
| Codice fiscale: |  | Data di nascita: |  |
| Comune di nascita: |  | Stato di nascita: |  |
| Cittadinanza: |  | Stato civile: |  |
| **Residenza** | | | |
| Indirizzo: |  | Comune di residenza: |  |
| Nazione: |  |  |  |
| **Domicilio** | | | |
| Indirizzo: |  | Comune di residenza: |  |
| Nazione: |  |  |  |
| **Recapiti** |  |  |  |
| Telefono abitazione: |  | Cellulare: |  |
| E-mail: |  | | |

**Dati Soggetto Ospitante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione: |  | Codice fiscale: |  |
| **Sede Legale** | | | |
| Indirizzo: |  | Comune: |  |
| E-mail: |  | Telefono: |  |
| PEC: |  |  |  |
| **Sede del Tirocinio** | | | |
| Indirizzo: |  | Comune: |  |
| E-mail: |  | Telefono: |  |
| PEC: |  |  |  |
| **Altri Dati** | | | |
| Numero registro infortuni del Soggetto Ospitante: |  | Numero progressivo infortunio indicato nel registro infortuni: |  |
| CCNL – Settore lavorativo CNEL: |  | CCNL – Categoria CNEL: |  |

**Descrizione dell’infortunio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LUOGO DOVE È AVVENUTO L’INFORTUNIO | | | |
| Luogo: |  |  |  |
| Indirizzo: |  | Comune: |  |
| Nazione: |  |  |  |
| DATI EVENTO | | | |
| Data infortunio: |  | Ora infortunio: |  |
| Ora del tirocinio nella quale è avvenuto l’infortunio: |  |  |  |
| Il Tirocinante ha abbandonato lo svolgimento del tirocinio? <SI/NO> |  | Ora di abbandono tirocinio: |  |
| Il Soggetto Ospitante era presente? <SI/NO> |  | Se no, ritiene che la descrizione corrisponda a verità? <SI/NO> |  |
| Se ha risposto no, perché? |  | Data in cui il Soggetto Ospitante è venuto a conoscenza del fatto: |  |
| **DATI CERTIFICATI MEDICI** | | | |
| PRIMO CERTIFICATO MEDICO |  |  |  |
| Data in cui il Soggetto Ospitante ha ricevuto il primo certificato medico: |  | Data inizio del periodo di prognosi: |  |
| Data fine del periodo di prognosi: |  |  |  |
| CAUSE E CIRCOSTANZE: |  | | |
| LUOGO IN CUI SI TROVAVA IL TIROCINANTE NEL MOMENTO DELL’INFORTUNIO:  (Descrizione luogo di lavoro) |  | | |
| ATTIVITA’ CHE STAVA SVOLGENDO IL TIROCINANTE AL MOMENTO DELL’INFORTUNIO |  | | |
| ATTIVITA’ CONSUETA DEL TIROCINANTE: <SI/NO> |  | | |
| ATTIVITA’ SVOLTA DAL TIROCINANTE AL MOMENTO DELL’INFORTUNIO: |  | | |
| IMPREVISTO CHE HA CAUSATO L’INFORTUNIO: |  | | |
| CAUSA SCATENANTE DELL’INFORTUNIO DEL TIROCINANTE |  | | |
| ALTEZZA IN METRI SE INFORTUNIO AVVENUTO PER CADUTA DALL’ALTO: |  | | |
| NATURA E SEDE DELLA LESIONE: |  | | |
| ALTRE INFORMAZIONI UTILI SEGNALATE |  | | |

**Dati per l’autorità di Pubblica Sicurezza**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La lesione ha provocato la morte? <SI/NO> |  | Sembra poterla provocare? <SI/NO> |  |
| Sembra poter provocare un’inabilità permanente assoluta o parziale? <SI/NO> |  | Quanti giorni si presume che possa durare l’inabilità temporanea al lavoro? |  |
| Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l’esito definitivo? |  | Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio:  *(indicare Nome Cognome infortunati)* |  |

**Compilare i seguenti campi nel caso di presenza di testimoni**

|  |
| --- |
| DATI TESTIMONI  Indicare i dati di eventuali testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Compilare i seguenti campi solo in caso di infortunio in itinere**

Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descrizione veicolo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATI VEICOLO | | | |
| Targa: |  | Compagnia assicuratrice: |  |
| DATI CONDUCENTE | | | |
| Nome: |  | Cognome: |  |
| Indirizzo di residenza: |  | Comune di residenza: |  |
| Nazione di residenza: |  | Telefono: |  |
| DATI PROPRIETARIO (SE DIVERSO DAL CONDUCENTE) | | | |
| Nome: |  | Cognome: |  |
| Ragione Sociale: |  |  |  |
| Indirizzo di residenza: |  | Comune di residenza: |  |
| Nazione di residenza: |  | Telefono: |  |

DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_