Al servizio prevenzione e protezione - Archivio centrale infortuni

N° registro infortuni _____ ***Scheda segnalazione infortuni***

Distretto Sanitario N° _____ / U.O. _____

Data infortunio	**Ore**	**Lasciava il lavoro alle ore**
/ / 2013	**.**	
Luogo incidente: VIA **C.A.P.**		

Dati anagrafici dell'infortunato		
Cognome	**nome**	**Codice fiscale**
Data di nascita	**Luogo di nascita**	**Qualifica**

Residenza	
Città	
Via/piazza	
C.A.P.	
Telefono	

Diagnosi	
Prognosi	
Agente causale (1)*	
Sede anatomica (2)*	
Natura dell'infortunio (3)*	

Dichiarazione dell'infortunato/a
(con descrizione dettagliata dell'infortunio)

Data In fede

Si allega fotocopia di documento d'identità e codice fiscale

***(1) p.e. macchina, ago, coltello, caduta ecc. *(2) mano, dito, piede, testa, ecc. *(3) contusione, taglio, frattura, lacerazione ecc.**

Riservato all'ufficio ricevente

Si riceve la segnalazione dell'infortunio alle ore _____ del giorno _____/_____/201____
allegati:

firma