**Notifica di Infortunio all'Amministrazione (ad uso interno)**

Data 17.04.14

Ver. 1.0/14

Pag. 1 di 2

Sistema di Prevenzione d'Ateneo

Dati relativi all'infortunato

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Codice fiscale _____ Nato a _____ Il _____
Stato nascita _____ Cittadinanza _____ Persone a carico SI NO
Residente in (via, n°, comune, provincia, CAP) _____
Stato civile Celibe/nubile Coniugato/a Vedovo/a Separato/a Divorziato/a Tutelato/a Minore

Posizione nei confronti dell'Università

Lavoratore Struttura appartenenza _____ Tel. _____
 Studente corso laurea _____ Matr. _____ Tel. _____
 Studente diploma univ. _____ Matr. _____ Tel. _____
 Tirocinio post laurea. _____ Matr. _____ Tel. _____
 Lavoratore esterno ditta _____ Tel. _____

Qualifica

Docente Bibliotecario/a Operatore agricolo Dottorando
 Ricercatore Elettricista Addetto SIGEm Specializzando
 Tecnico di laboratorio Falegname Tirocinante Allievo corsi qualificazione
 Tecnico informatico Muratore Stagista Istruttore corsi qualificazione
 Amministrativo/a Giardiniere Borsista Studente
 Bidello/portiere/custode Autista Assegnista di ricerca Altro.....

Dati relativi all'evento

Tipo evento: Infortunio Incidente con mezzo di servizio/di trasporto Incidente tragitto casa-lavoro
Data _____ Ora _____ Ora lavorativa (1^a,2^a,...) _____
Giorno evento L M M G V S D Durante il turno di notte SI NO
Luogo evento (Comune, CAP, provincia) _____
L'infortunato ha abbandonato il lavoro NO SI Se si indicare data e ora: _____

Descrizione dell'infortunio:

Descrivere in che modo è avvenuto l'infortunio (cause e circostanze che hanno determinato evento anche con riferimento alle misure di sicurezza)

Dove è avvenuto l'infortunio (es: magazzino, in strada, in officina, laboratorio, in aula, sul tetto, nel campo...)

NB: Nel caso l'infortunio sia avvenuto all'interno di locali dell'Ateneo indicare anche il codice del locale con riferimento agli Atlanti degli immobili

Descrivere che tipo di attività/lavorazione si stava facendo (es. manutenzione, trattamento terreno, attività laboratorio...)

Era l'attività lavorativa svolta in modo abituale frequente occasionale

Descrivere l'azione/operazione svolta al momento dell'infortunio (es. sollevare materiale, usare utensile, preparare reazione...)

Descrivere che cosa è successo di imprevisto e che ha causato l'infortunio (es. rottura contenitore, perdita di equilibrio...)

Macchine - Attrezzature - Utensili - Strumenti utilizzati al momento dell'infortunio e/o che hanno provocato l'infortunio:

Sostanze utilizzate al momento dell'infortunio o che hanno provocato l'infortunio:

Descrizione condizioni ambientali (visibilità, rumorosità...) al momento dell'infortunio:

Da inviare debitamente compilato a:

SERVIZIO TUTELA PREVENZIONISTICA c/o SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE D'ATENEO
Via Cottonificio, 114 - 33100 (UDINE) FAX 0432 494010 | mail: gestione.infortunio@uniud.it

**Notifica di Infortunio all'Amministrazione (ad uso interno)**

Data 17.04.14

Ver. 1.0/14

Pag. 2 di 2

Sistema di Prevenzione d'Ateneo

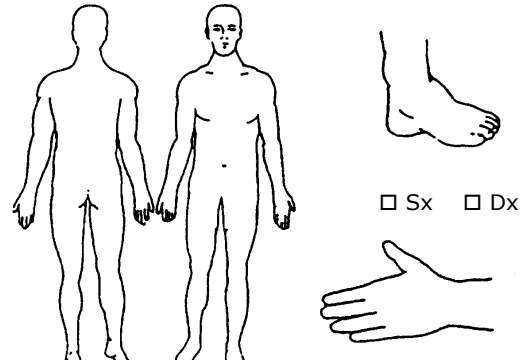
Indicazione delle probabili cause dell'infortunio:

Quali provvedimenti sono stati adottati e quali suggerite di adottare per evitare che si possa ripetere l'infortunio?:

Testimoni dell'evento accaduto

(Nome cognome recapito telefonico)

Informazioni e dati a finalità statistico-prevenzionale

Elementi materiali causa dell'infortunio	<input type="checkbox"/> Macchine o attrezzature in moto <input type="checkbox"/> Utensili - attrezzature utilizzati a mano <input type="checkbox"/> Animali <input type="checkbox"/> Materiali corrosivi, caustici, tossici <input type="checkbox"/> Vapori e gas nocivi, polveri <input type="checkbox"/> Corrente elettrica <input type="checkbox"/> Forno, materiale rovente <input type="checkbox"/> Dispositivi per alzare o maneggiare materiali <input type="checkbox"/> Dispositivi per legare (assicurare) materiali <input type="checkbox"/> Oggetti trasportati manualmente <input type="checkbox"/> Oggetti manipolati sul posto di lavoro <input type="checkbox"/> Oggetti di qualunque dimensione mossi accidentalmente <input type="checkbox"/> Oggetti od altri materiali immobili fuori posto <input type="checkbox"/> Caduta di oggetti dall'alto <input type="checkbox"/> Materiali taglienti - acuminati <input type="checkbox"/> Pavimento scivoloso - sconnesso <input type="checkbox"/> Scala <input type="checkbox"/> Altro.....		Indicare il punto della lesione (con ←)  <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx	
	Modalità dell'infortunio	Infortunio attivo <input type="checkbox"/> A contatto con <input type="checkbox"/> Ha calpestato <input type="checkbox"/> Si è colpito <input type="checkbox"/> Ha ingerito <input type="checkbox"/> Ha inalato <input type="checkbox"/> Si è punto <input type="checkbox"/> Si è tagliato <input type="checkbox"/> Sollevando, spostando <input type="checkbox"/> Urtato contro Cadute <input type="checkbox"/> Caduta dall'alto (mt.....) <input type="checkbox"/> Caduta in piano <input type="checkbox"/> Caduta in profondità <input type="checkbox"/> Scivolato <input type="checkbox"/> Inciampato	<input type="checkbox"/> Ha messo un piede in fallo <input type="checkbox"/> Movimento incoordinato <input type="checkbox"/> Impigliato, agganciato a <input type="checkbox"/> Ha fatto uno sforzo	Infortunio passivo <input type="checkbox"/> Afferrato da <input type="checkbox"/> Colpito da (anche fiamme) <input type="checkbox"/> Investito da <input type="checkbox"/> Morso da <input type="checkbox"/> Punto da <input type="checkbox"/> Schiacciato da <input type="checkbox"/> Urtato da <input type="checkbox"/> Sommerso da <input type="checkbox"/> Travolto da <input type="checkbox"/> Rimasto stretto tra <input type="checkbox"/> Coinvolto in <input type="checkbox"/> Esposto a Con mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> Alla guida <input type="checkbox"/> A bordo <input type="checkbox"/>
Tipo di lesione	<input type="checkbox"/> Corpo estraneo occhi <input type="checkbox"/> Altro tipo di lesione occhi <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Contusione <input type="checkbox"/> Distorsione <input type="checkbox"/> Strappo <input type="checkbox"/> Lussazione	<input type="checkbox"/> Puntura - taglio <input type="checkbox"/> Abrasione - escoriazione <input type="checkbox"/> Ferita <input type="checkbox"/> Bruciatura - ustione <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Altro.....	DPI utilizzati al momento dell'infortunio <input type="checkbox"/> Calzatura protettiva <input type="checkbox"/> Elmetto <input type="checkbox"/> Cuffie/tappi <input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Occhiali protettivi <input type="checkbox"/> Schermi facciali <input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza <input type="checkbox"/> Ghettoni <input type="checkbox"/> Indumenti (tuta, camice...) <input type="checkbox"/> Altro	

In caso di infortunio provocato da circolazione di veicoli a motore e di natanti (L. 24.12.1969, n° 990 e s.m.i.)

Dati identificativi	Mezzo A	Mezzo B
Conducente		
Comune di residenza		
Indirizzo, n° e CAP		
Proprietario mezzo		
Comune di residenza		
Indirizzo, n° e CAP		
Targa automezzo		
Compagnia di assicurazione		
Autorità intervenuta		

Persona che ha redatto il rapporto (se diversa dall'infortunato)

Nome e Cognome		
Struttura appartenenza		Tel.

Il sottoscrittore dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

data _____ Firma _____

Si conferma che l'evento è avvenuto con le modalità sopra riportate e si trasmette la presente notifica per il seguito di competenza

 Il Responsabile di Struttura/unità organizzativa
 Il Direttore Sanitario
 Il RADRL/Tutor

Firma _____

NB: I dati personali inseriti verranno trattati nei limiti stabiliti dal Decreto L. g.s. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai fini della gestione delle procedure ed adempimenti previsti in caso di infortunio

Da inviare debitamente compilato a:

SERVIZIO TUTELA PREVENZIONISTICA c/o SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE D'ATENEIO
Via Cottonificio, 114 – 33100 (UDINE) FAX 0432 494010 | mail: gestione.infortunio@uniud.it