

NOTIFICA DI INFORTUNIO

Dati relativi all'infortunato

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Il ____ / ____ / ____ Tel. _____
Struttura di appartenenza _____ Qualifica _____

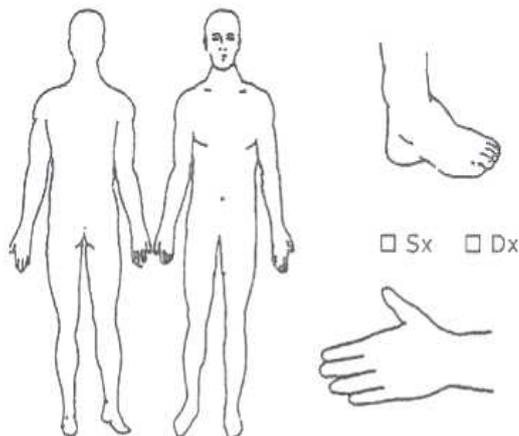
Dati relativi all'evento

Tipo di evento Infortunio Incidente con mezzi di trasporto Incidente tragitto casa-lavoro Incidente a rischio biologico
Data _____ Ora _____ Ora lavorativa (I°, II°, ...) _____
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 Si No Se Si, data e ora _____

Descrizione dell'infortunio

Descrivere in che modo è avvenuto l'infortunio (cause e circostanza anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

Indicare il punto della lesione (con ←)



Si dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Data _____ Firma _____

Si prende atto delle modalità con cui è avvenuto l'evento e si trasmette la presente notifica per il seguito di competenza.

NOTE:

Il preposto (qualifica: responsabile di struttura, coordinatore, _____) Firma _____

Da consegnare debitamente compilato a:
Ufficio Gestione Rischio Clinico (tel. 0432/559498 /-426 /-838 - FAX 0432/559239)
Padiglione n. 16 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine