

Notifica di Infortunio all'Amministrazione (ad uso interno)

Data	01.11.2017
Ver.	1.0/17
Pag.	1 di 2

Sistema di Prevenzione d'Ateneo

I dati personali inseriti verranno trattati nei limiti stabiliti dal Decreto L.gs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dal Regolamento (UE) 2016/679 ai fini della gestione delle procedure, pratiche ed adempimenti previsti in caso di infortunio.

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 personale nei confronti dell'Università

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

Qualifica

<input type="checkbox"/> Professore	<input type="checkbox"/> Bibliotecario/a	<input type="checkbox"/> Operatore agricolo	<input type="checkbox"/> Specializzando
<input type="checkbox"/> Ricercatore	<input type="checkbox"/> Elettricista	<input type="checkbox"/> Tirocinante	<input type="checkbox"/> Allievo corsi qualificazione
<input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio	<input type="checkbox"/> Muratore	<input type="checkbox"/> Stagista	<input type="checkbox"/> Istruttore corsi qualificazione
<input type="checkbox"/> Tecnico informatico	<input type="checkbox"/> Giardiniere	<input type="checkbox"/> Borsista	<input type="checkbox"/> Studente
<input type="checkbox"/> Tecnico amministrativo	<input type="checkbox"/> Autista	<input type="checkbox"/> Assegnista di ricerca	<input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> Amministrativo/a	<input type="checkbox"/> Portiere/custode	<input type="checkbox"/> Dottorando	

Dati relativi all'evento

Tipo evento: Infortunio Accaduto con: mezzo di servizio Tragitto casa-lavoro In missione autorizzata
 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 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 consegnare a mano/inviare debitamente compilato a:

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

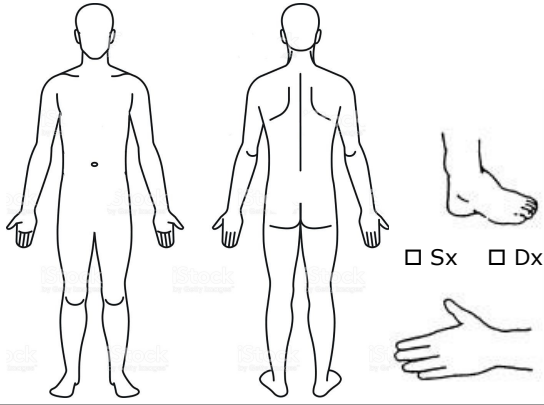
Indicazione delle probabili cause dell'infortunio:

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"/> Attrezzature ad elevata temperatura (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"/> Oggetti caduti dall'alto <input type="checkbox"/> Materiali taglienti - acuminati <input type="checkbox"/> Pavimento scivoloso - sconnesso <input type="checkbox"/> Scala <input type="checkbox"/> Altro.....		<p>Indicare il punto della lesione (con ←)</p> 	
	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 Infortunio passivo <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 Cadute <input type="checkbox"/> Caduta dall'alto (m.....) <input type="checkbox"/> Caduta in piano <input type="checkbox"/> Caduta in profondità <input type="checkbox"/> Scivolato <input type="checkbox"/> Inciampato	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 sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Firma

Il sottoscritto

in qualità di Il Responsabile di Struttura/unità organizzativa RADRL Supervisore/tutor

Dichiara che Era presente al momento dell'evento e conferma la descrizione sopra riportata

Non era presente al momento dell'evento e ritiene che la descrizione riferita corrisponda al vero; se no indicare perché:

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Firma

Da consegnare a mano/inviare debitamente compilato a:

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