

**Modulo cartaceo\* da inviare scannerizzato senza ritardo e comunque entro 24 ore dell'evento alla email [infortuni.risorseumane@uslcentro.toscana.it](mailto:infortuni.risorseumane@uslcentro.toscana.it)**

Il/La sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
lavoratore della AUSLTC con qualifica \_\_\_\_\_  
assegnato alla Struttura Organizzativa \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'edificio posto in Via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità DICHIARA, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, quanto segue :**

1) L'infortunio è avvenuto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
nel comune di \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

L'attività che stava svolgendo rientra nelle attività svolte di consueto? SI  NO

2) Trattasi di (barrare la voce corrispondente):

- infortunio accaduto a bordo di un automezzo dell'azienda durante l'orario di servizio
- infortunio in itinere cioè mentre mi recavo:  da casa al lavoro.  dal lavoro a casa
- infortunio avvenuto presso la sede di altra azienda/ente/privato (specificare)

\_\_\_\_\_

- infortunio avvenuto nel seguente locale/reparto/ struttura dell'azienda AUSLTC

\_\_\_\_\_

3) L'infortunio è da considerarsi a rilevanza biologica, cioè l'evento lesivo è da ritenersi a rischio per contatto parentelare (puntura da ago o tagliente, contaminati da materiali biologici) oppure per contatto mucoso (schizzo o imbrattamento di liquidi biologici sulle mucose dell'operatore) oppure per schizzi e imbrattamento di liquidi biologici sulla cute dell'operatore, per cui è stata avviata la relativa procedura per infortuni biologici. SI  NO

4) Ho abbandonato il lavoro nell'immediatezza SI  NO  alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

5) Ore trascorse dall'inizio del turno di lavoro \_\_\_\_\_

\* Modulo cartaceo da usare in alternativa alla compilazione on line sul portale dei servizi on line del dipendente all'indirizzo [http://159.213.95.27/toscana\\_centro/geco/index.php?idel=194&idpad=176](http://159.213.95.27/toscana_centro/geco/index.php?idel=194&idpad=176)

| Codice        | revisione | emissione  | descrizione             | approvazione                     | Pagina |
|---------------|-----------|------------|-------------------------|----------------------------------|--------|
| Mod. INF/2019 | 00.1      | 10/04/2019 | Dichiarazione infortuni | SOC Gestione delle Risorse Umane | 1 di 2 |

6) Ho ripreso il lavoro dopo visita medica

- SI, alle ore \_\_\_\_\_  
 NO, per  Termine orario lavoro  
 Prognosi: mi sono stati prescritti \_\_\_\_\_ giorni di assenza dal lavoro (come risulta dal primo certificato medico di infortunio allegato)

7) La mia anzianità di servizio nell'attuale struttura organizzativa è:

- meno di 2 mesi  da 2 a 12 mesi  maggiore di 1 anno

8) Descrizione dell'evento (descrizione chiara e dettagliata della modalità d'accadimento dell'infortunio e eventuali conseguenze)

---

---

---

---

---

---

---

---

9) L'infortunio è avvenuto durante l'uso di un macchinario, attrezzatura, impianto, utensile, dispositivo medico ...

- NO  
 SI se SI specificare quale macchinario/attrezzatura/impianto/utensile/dispositivo medico

---

---

---

10) Al momento dell'infortunio utilizzavo i Dispositivi di Protezione Individuale

- NO  
 SI. se SI elencare quali (ad es. guanti, mascherine, visiere, ecc.)

---

---

---

11) Testimoni all'evento

- Nessuno  
 La/e seguente/i persona/e (indicare nome, cognome, mansione svolta e ev. recapito)

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
\_\_\_\_\_

**La mancata compilazione del presente modulo da parte dell'infortunato costituisce illecito disciplinare che sarà contestato secondo la vigente normativa contrattuale.**

| Codice        | revisione | emissione  | descrizione             | approvazione                     | Pagina |
|---------------|-----------|------------|-------------------------|----------------------------------|--------|
| Mod. INF/2019 | 00.1      | 10/04/2019 | Dichiarazione infortuni | SOC Gestione delle Risorse Umane | 2 di 2 |