

DIPENDENTI: ANNUNCIO INFORTUNIO

Il dipendente ha l'obbligo di trasmettere **immediatamente** all'ufficio RU il presente formulario.
Il formulario è da compilare integralmente in stampatello maiuscolo.

COGNOME		NOME	
FUNZIONE			
U.O.		% LAVORO	

DETTAGLI DELL'INFORTUNIO

Data dell'evento		Ora dell'evento	
Data ultimo giorno di lavoro effettivo (prima dell'infortunio)		Ora di uscita ultimo giorno di lavoro effettivo	
Località e NPA/CAP		Luogo (cucina, piscina, ecc.)	
Descrizione (attività e dinamica)			
Il lavoro è stato sospeso? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, indicare data sospensione: _____			
È un nuovo infortunio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, indicare data infortunio precedente: _____			

LESIONE

Parte del corpo lesa				
Lato lesione	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> Ambo i lati	<input type="checkbox"/> Indeterminato
Natura della lesione	<input type="checkbox"/> avvelenamento <input type="checkbox"/> causticazione <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> corpo estraneo <input type="checkbox"/> distacco/asportazine	<input type="checkbox"/> escoriazione <input type="checkbox"/> frattura <input type="checkbox"/> gonfiore <input type="checkbox"/> infiammazione <input type="checkbox"/> lacerazione	<input type="checkbox"/> lussazione <input type="checkbox"/> morso <input type="checkbox"/> puntura <input type="checkbox"/> schiacciamento <input type="checkbox"/> stiramento	<input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> torsione/distorsione <input type="checkbox"/> ustione <input type="checkbox"/> altro: _____

MEDICO / ISTITUTO CURANTE

Istituto	
Cognome e Nome del Medico	
Indirizzo	
Località e NPA/CAP	

Data:	Firma del dipendente:
--------------	------------------------------