



# UNIVERSITÀ DI PARMA

MODULO DI SEGNALAZIONE INFORTUNIO

U.O. Personale Tecnico Amministrativo  
ed Organizzazione

Parma,

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO		
Cognome:	Nome:	
Codice Fiscale:	Cittadinanza:	
Luogo e data di nascita:	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
Indirizzo di <b>residenza</b> :		
Indirizzo di <b>domicilio</b> , SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:		
Struttura di appartenenza:		
Qualifica:		
Data di assunzione:	Personale Convenzionato: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
Tel. cellulare:	Tel. fisso:	
E-mail:		
INFORTUNIO		
Certificato INAIL n.	del	
con prognosi dal	al	
Data evento:	Ora:	Ora lavorativa (I, II...):
Luogo (indirizzo preciso):		
L'fortunato ha abbandonato il lavoro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	Se sì, a che ora?	



# UNIVERSITÀ DI PARMA

Macchina/attrezzatura/impianto/altro:	
Indossava i Dispositivi di Protezione Individuale? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non previsti	
Infortunio in itinere? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, percorso:
Incidente su mezzo di trasporto? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, quale?
<b>DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADUTO, PRECISANDO LUOGO (es: laboratorio, aula, ..), ATTIVITÀ SVOLTA, IMPREVISTO CHE HA CAUSATO L'INFORTUNIO E CONSEGUENZE</b>	
Era il lavoro svolto <input type="checkbox"/> di consueto <input type="checkbox"/> saltuariamente	
<b>EVENTUALI TESTIMONI:</b> (cognome, nome, indirizzo, recapito telefonico)	

## Informativa in merito al Trattamento di Dati Personali

I dati raccolti con il presente modulo e quelli comunque acquisiti dall'Ateneo saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e s.m.i.), in ordine all'adempimento delle disposizioni di Legge in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; il loro conferimento è pertanto obbligatorio.

L'Università degli Studi di Parma si riserva pertanto di comunicare agli Enti competenti i dati personali in parola, nel rispetto della normativa su richiamata.

## ALLEGATI:

- certificato medico
- in caso d'infortunio in itinere, copia Constatazione Amichevole e/o verbale redatto dalle Autorità

Il Responsabile della Struttura

Il Dipendente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_