

SCHEDA DI RILEVAZIONE PER ANALISI INFORTUNIO N. /Operatore _____
occorso il _____ al sig./sig.ra _____**1) Notizie generali sulla ditta**denominazione _____
con sede legale in _____ Via _____ n. _____
codice fiscale _____ P.E.C. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____**sede operativa**con sede in _____ Via _____ n. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____**Descrizione attività lavorativa****Numero addetti totali (compreso/i titolare/i):** _____**Datore di lavoro ai sensi del D. Lgs 81/2008 e s.m.i**(cognome) _____ (nome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**(cognome e nome) _____
telefono _____

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza

(cognome e nome) _____

telefono _____

(cognome e nome) _____

telefono _____

2) Notizie sull'infortunio/infortunato

Recapito dell'infortunato

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

qualifica _____

mansione _____

L'infortunato è : titolare socio coadiuvante familiare/convivente dipendente
 altro (specificare) _____

Tipo di contratto: apprendista formazione-lavoro interinale altro _____
 a termine a tempo indeterminato altro _____

Data di assunzione _____

Anni di anzianità nella mansione attualmente svolta _____

Infortunio: prognosi _____ tuttora incorso rientrato al lavoro in data _____

Giorni di assenza per infortunio complessivi alla data di compilazione _____

Invalidità permanente: SI (indicare la percentuale di invalidità) _____ % NO
 ancora da definire

3) Luogo e dinamica di accadimento dell'infortunio

sede produttiva della Ditta/cantiere temporaneo (specificare l'indirizzo)

Comune _____ Via _____ n. _____

altro (specificare) _____

Precisare inoltre il luogo dove è accaduto l'infortunio:

Reparto (specificare) _____

Altro (specificare) _____

Dinamica dell'infortunio (descrizione della dinamica - non limitarsi a riportare quanto indicato sulla denuncia di infortunio)

Presenza di altre persone sul luogo dell'infortunio SI NO

Se SI, le persone presenti hanno assistito in modo diretto SI NO

Se le persone presenti hanno assistito in modo diretto, indicare:

Numero _____ delle persone che hanno assistito direttamente all'infortunio:
(cognome e nome) _____

telefono _____

(cognome e nome) _____

telefono _____

L'infortunato ha partecipato a corsi di informazione/formazione/addestramento per compiere il lavoro al quale era addetto SI NO

Se SI, elencare la documentazione e allegare quella comprovante l'avvenuta formazione

3a) Infortunio dovuto ad attrezzature/macchine/impianti di lavoro

Descrivere le attrezzature, macchine, impianti coinvolti nell'infortunio

Identificazione delle macchine

Tipo _____ Matricola _____
Costruttore _____ Anno di costruzione _____
Data di acquisto _____ nuovo usato
Marcatura CE SI NO

3b) Infortunio dovuto a caduta da scala

Tipo di scala Semplice a pioli portatile
 Doppia portatile
 Portatile composta da due o più elementi innestati
 Fissa a gradini
 Fissa a pioli
 Altro tipo di scala (*specificare*) _____

Materiale Metallo (alluminio, ferro, ecc.)
 Legno
 Altro (*specificare*) _____

Dotazione piedini antisdrucchiolevoli alle estremità inferiori dei due montanti
 doppia portatile
 ganci di trattenuta o appoggi antisdrucchiolevoli alle estremità superiori
 catena o altro dispositivo antiapertura
 strisce adesive antisdrucchiolevoli

Al momento dell'infortunio era:

vincolata (= legata) nella parte superiore
 trattenuta da altra persona nella parte inferiore
 Altro (*specificare*) _____

Altezza di caduta dell'infortunato (metri) _____

Altezza della scala (metri) _____

Anno di acquisto della scala _____

Tipo di calzature indossata dall'infortunato al momento di utilizzo della scala:

4) Dispositivi di Protezione Individuale

Al momento dell'infortunio l'attività richiedeva l'uso di dispositivi protettivi individuali SI NO

Se SI, quali guanti

occhiali

casco

scarpe antinfortunistiche con le seguenti caratteristiche:

con suola antiperforazione

con puntale in acciaio

altro (specificare) _____

altri dispositivi (specificare) _____

L'infortunato li indossava: SI NO non determinato

Se NO (specificare)

5) Provvedimenti adottati successivamente all'infortunio

Dopo l'infortunio sono stati adottati dei provvedimenti SI NO

Se la risposta è affermativa, hanno riguardato:

l'ambiente di lavoro;

le attrezzature di lavoro, macchine, impianti;

le procedure di lavoro, l'informazione e la formazione;

la fornitura e l'uso dei d.p.i (dispositivi di protezione individuale);

altro (specificare) _____

Breve descrizione ei provvedimenti adottati

6) Documentazione da allegare

- 1) Denuncia di infortunio;
- 2) Certificati medici (primo certificato, continuazione e/o chiusura dell'infortunio);
- 3) Fotocopia documento di riconoscimento dell'infortunato;
- 4) Documentazione circa l'avvenuta formazione;
- 5) Copia della scheda e del modulo di consegna dei D.P.I. al lavoratore;
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslc1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

data _____

R.S.P.P *firma* (per esteso) _____

Datore di lavoro *firma* (per esteso) _____

Infortunato *firma* per presa visione _____

R.L.S. *firma* per presa visione _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo si utilizza per raccogliere le informazioni necessarie a chiarire la dinamica dell'infortunio, nel caso in cui venga attivato un accertamento/inchiesta da parte dello Spresal. La scheda viene presa in carico dal personale sanitario per le valutazioni di competenza.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il datore di lavoro, unitamente al RSPP

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo può essere:

- a) consegnato direttamente presso le segreterie S.Pre.S.A.L. negli orari di apertura al pubblico con allegato un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;*
- b) spedito per posta ordinaria o raccomandata con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;*
- c) trasmesso da P.E.C. all'indirizzo P.E.C.: dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore oppure firmato digitalmente dal sottoscrittore;*

Avvertenze

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

RIFERIMENTI

Ufficio: S.C. SPRESAL

Tel.: 0175/215615

E-mail: spresal@aslcn1.it