



COMUNE DI MODUGNO

(Prov. di Bari)

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale VII SETTORE - POLIZIA MUNICIPALE	
Prot. N.	0732
27 APR 2006	
Cat.	Clas.
PROF. P.M. N.	Sottofasc.

Modugno, li 26 aprile 2006

Al Comandante della Polizia Municipale
Magg. Nicola Del Zotti

S E D E

Oggetto: Rapporto di servizio

I sottoscritti AA.P.M. Donato Foggetti e Anna Maria Liuzzi denunciano il sig. Panza Pasquale nato a Modugno il 12/08/1983 e ivi residente in Via Lucca n. 40, per grave aggressione, resistenza e lesioni a pubblico ufficiale, omissione di generalità.

Alle ore 18,00 circa del giorno 25 aprile 2006 gli scriventi, come da ordine di servizio, controllavano Piazza E. De Amicis per garantire il regolare svolgimento della manifestazione per l'Anniversario della Liberazione d'Italia.

Dopo circa 10 minuti venivano raggiunti dal M.llo Magg. Vito Mele e dal M.llo Ord. Vito Attolico per le disposizioni riguardanti il servizio; nel mentre i sottoscritti AA.P.M. stavano per allontanarsi dalla zona, il vigile Foggetti veniva provocato e insultato da tale Panza Pasquale il quale proferiva le seguenti parole: "BASTARDO, TRIMONE" all'indirizzo del Foggetti che a sua volta chiedeva spiegazioni di tale modo di fare inconsueto e veniva per tutta risposta oltre che nuovamente oltraggiato con le parole suddette, aggredito improvvisamente e repentinamente dal Panza con un grosso schiaffo sulla guancia sinistra sferrato dalla sua mano destra e quindi l'A.P.M. terminava rovinosamente per terra. L'accaduto avveniva alla presenza di numerose persone ferme in attesa dell'arrivo del corteo in programma. Dopo l'aggressione interveniva subito l'A.P.M. Liuzzi che afferrando il Panza si faceva male anch'essa a una mano per i forti stratonni che lo stesso opponeva nell'intento di scappare, nel mentre interveniva il M.llo Attolico il quale bloccandolo richiedeva le generalità, ma il Panza riusciva a divincolarsi e a mettersi in fuga non fornendo i propri dati anagrafici.

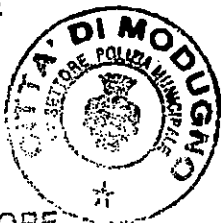
Gli AA. P.M. si recavano presso l'Ospedale S. Paolo per le cure del caso e venivano refertati come segue: Foggetti con prognosi di 5gg e Liuzzi con prognosi di 7gg, s.c., come da referti medici allegati.

L'aggressore conosciuto dal M.llo Mele come lavorante presso un autolavaggio è stato meglio generalizzato nella mattina del 26 aprile 2006.

Tanto si comunica per dovere d'ufficio e per gli opportuni provvedimenti del caso.

PER COPIA CONFORME

IL DIRIGENTE VII SETTORE
COMANDANTE DELLA P.M.
(Magg. DEL ZOTTI)



A.P.M. LIUZZI Anna Maria

A.P.M. FOGGETTI Donato

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 21363
- 2 MAR. 2006
Cat. _____ Clas. _____
Espr. _____ Solofasc. _____

Denuncia di infortunio sul lavoro

da presentare entro due giorni alla Autorità di Pubblica Sicurezza
del Comune ove avvenne l'infortunio
(Art. 54 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124)

Provincia di BARI

Comune di MODUGNO
(dove ha sede lo stabilimento o l'impresa)

- Nome e cognome, ditta, ragione o denominazione sociale del datore di lavoro:
COMUNE DI MODUGNO
- Oggetto dell'impresa o della lavorazione: ENTE LOCALE
- Istituto con il quale il datore di lavoro è tenuto all'assicurazione dei propri dipendenti, a termine del D.P.R. 30.6.65, n. 1124: INAIL - BARI
- Luogo in cui è avvenuto l'infortunio: MODUGNO (BA)
P.ZZA DEL POPOLO N. 16
(franzese) (via) (n.)
- Data dell'infortunio: 25/04/2006 giorno MARTEDI' ora: ant. _____ pom. 18,00
(giorno, mese, anno) (specificare: lunedì, martedì, ecc.)
- Persone rimaste lese nel medesimo infortunio: N. 2 (per ogni dipendente deve essere compilato un esemplare del presente modulo)
- Infortunato: nome ANNA MARIA cognome CIURZI
sesso F luogo e data di nascita BARI occupazione abituale A.P.H.
residenza MODUGNO (BA) - VIA MAGNA GRECIA, N. 14
- Natura, causa accertata o presunta e circostanze dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e di prevenzione (1) (precisare la macchina, il lavoro, il fatto che fu occasione dell'infortunio ed il modo in cui questo è avvenuto):
AGGRESSIONE DA PERSONA NON NOTA A MODUGNO
- Dov'è stato trasportato l'infortunato? (se è stato ricoverato in Ospedale, precisare quale) PRONTO SOCCORSO
OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
- Natura ed entità delle lesioni:
- La lesione ha avuto per conseguenza la morte? no La lesione sembra poter avere per conseguenza la morte?
Oppure l'invalidità permanente al lavoro (assoluta o parziale)?
Per quanti giorni si presume che possa durare l'invalidità temporanea al lavoro? 1° ISTANZA 7 gg. l.c.
Entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? 4 giorni
- Testimoni dell'infortunio (nome, cognome e indirizzo): M. LLO MAGG. VITO MELE - VIA SABAUDIA, 8/B - MODUGNO (BA)
M. LLO DR. VITO ATTOLICO - VIA TURCHIANO ARCANDELO, 1 - BITETTO (BA)
- Nome, cognome e residenza del titolare o del rappresentante legale della ditta COMUNE DI MODUGNO
P.ZZA DEL POPOLO, N. 16 - MODUGNO
e _____ dell'infortunato
dei superstiti del lavoratore

Ad di 02 MAGGIO 2006
Vedi « AVVERTENZE » a tergo



Firma del datore di lavoro o del suo rappresentante

IL DIRIGENTE
I SETTORE
Dott. Tommaso MONTEFUSCO

Provincia di _____

Comune di _____

Ricevuta che l'Autorità di Pubblica Sicurezza deve restituire alla persona che presenta la denuncia



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

COPIA

I SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE - O.M.
SERVIZIO PERSONALE

Prot. 21357

Modugno, 2 maggio 2006

SPETT.LE I.N.A.I.L.BARI /1
LUNGOMARE TRIESTE N. 29

B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro dipendente LIUZZI ANNA MARIA - nata a Bari il 06/11/1964 e residente in via Magna Grecia, 14 - Modugno (BA), avvenuto in data 25 aprile 2006 alle 18,00 circa (trasmissione documentazione).

Con la presente, si comunica che a completamento della pratica in oggetto trasmessa via FAX il 27 aprile 2006, si trasmette denuncia di infortunio su modello INAIL in uso.

Seguirà eventuale ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



Il Dirigente I Settore
(~~dr. Tommaso Monterusco~~)

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

ALL'INAIL di BARI

Via LUNGOMARE TRIESTE, N.29

Cap 70100

Città BARI

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome L I U Z Z I															Nome A N N A M A R I A																								
Codice Fiscale L Z Z N M R 6 4 S 4 6 A 6 6 2 U															Nato a B A R I																								
GG 0 6		MM 1 1		AAAA 1 9 6 4		Stato di nascita										Cittadinanza I T A L I A N A					Sesso Stato civile F (1) 2 (2)																		
Indirizzo (via, piazza, ecc.) V I A M A G N A G R E C I A																														N. civico 1 4 /									
Comune M O D U G N O																									Prov. B A					Cap 7 0 0 2 6									
Codice ISTAT Comune 0 2 7										Codice AST B A R I 4					Telefono (Prefisso/Numero)										Tipologia di lavoro A (3) 1 (4)														
Professione o Mestiere (5) A G E N T E D I P O L I Z I A M U N I C I P A L E																														Qualifica (6)									
Contratto collettivo naz. 22/01/2004										GG / MM /					PERSONE A CARICO SÌ NO					PARENTE DEL DL SÌ NO					Registro inf. n. 4 2 2														
Posizione assicurativa territoriale 7 0 0 6 5 3 6 5										C/C 0 7					Cognome e nome o ragione sociale C O M U N E D I M O D U G N O																								
Codice Ditta 0 0 5 7 7 9 0 0 9										C/C					Codice Fiscale 8 0 0 1 7 0 7 0 7 2 5																								
DITTA ARTIGIANA SÌ										Amministrazione statale										Codice ministero																			
Indirizzo (via, piazza, ecc.) P I A Z Z A D E L P O P O L O																														N. civico 1 6 /									
Comune M O D U G N O																									Prov. B A					Cap 7 0 0 2 6									
Codice ISTAT Comune 0 2 7										Telefono (Prefisso/Numero) 0 8 0 / 5 8 6 5 2 1 8										Località dei lavori M O D U G N O																			
Lavorazione svolta V I I S E T T O R E - P O L I Z I A M U N I C I P A L E																																							

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO IN (7) vedi Istruzioni IN LIRE IN EURO ☒

LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZI ANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Ore Sett. A	GG	MM	AAAA

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi	GG	MM	AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo: straordinario	Importo: festività lavorate di domenica	Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio
Importo: diaria trasferta	Importo: somma in, e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.	Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposo com. e lav.
Tredicesima mensilità	Importo	In%
Premio di produzione	Importo	In%
Altre mensilità aggiuntive	Importo	In%

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:
A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio ☐

Al lavoratore presso la sede dell'impresa ☒

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) ☐

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG MM AAAA Ora Comune di Prov. Cap
2 5 / 0 4 / 2 0 0 6 1 8 MODUGNO BA 7 0 0 2 6
Codice ISTAT Comune Codice ASL
0 2 7 B A R I 4
Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? 0 2 Durante il turno di notte? si ☒
L'infortunato ha abbandonato il lavoro? ☒ NO GG MM AAAA Ora
2 5 / 0 4 / 2 0 0 6 1 9
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG MM AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il AAAA MM AAAA
2 5 / 0 4 / 2 0 0 6 2 6 / 0 4 / 2 0 0 6

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

AGGRESSIONE DA PERSONA NON NOTA A MODUGNO

IN PARTICOLARE:

Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca)

IN STRADA

Che tipo di lavorazione stava svolgendo il lavoratore? (es. manutenzione, costruzione, restauro, pulizia, conduzione mezzo di trasporto)

CONTROLLO PER GARANTIRE IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELLA MANIFESTAZIONE DEL 25/04/2006

Era il suo lavoro consueto?

si



Si (saltuariamente)



NO



Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando)

INTERVENIVA DOPO L'AGGRESSIONE NEI CONFRONTI DELL'A.P.M. FOGGETTI DONATO AFFERRANDO L'AGGRESSORE

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

SI FACEVA MALE A UNA MANO PER I FORTI STRATTONI CHE L'AGGRESSORE OPPONEVA NELL'INTENTO DI SCAPPARE

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

TRAUMA DISTORSIVO I DITO MANO DX

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

CHE TIPO DI LESIONE HA PROVOCATO L'INFORTUNIO?

Natura della lesione (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

Sede della lesione (es. mano destra, piede sinistro, torace)

Il datore di lavoro era presente?

si

NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?

si

NO

Se ha risposto no, perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

M.LLO MAGG. VITO MELE - VIA SABAUDIA, 8/B - MODUGNO (BA)

M.LLO ORD. VITO ATTOLICO - VIA TURCHIANO ARCANGELO, 1 - BITETTO (BA)

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

DATA 2 MAR 2006



TIMBRO E FIRMA

IL DIRIGENTE
1 SETTORE

Dott. Tommaso MONTEFUSCO

Copia A - da inviare all'INAIL - T.I.P. INAIL - 3/2001

PAGINA 2

Provincia di _____ Comune di _____

Persone rimaste lese nel medesimo infortunio _____ La lesione ha avuto per conseguenza la morte? _____ sembra poterla avere? _____

sembra poter avere per conseguenza l'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale? _____ per quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? _____ entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? _____

nome, cognome e residenza di coloro ai quali il Tribunale deve comunicare la data ed il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 57/D.P.R. 1124165:

- del titolare o legale rappresentante della ditta _____

- dell'infortunato o dei superstiti del lavoratore _____

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTO INDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA _____

FIRMA _____

RICEVUTA CHE L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA DEVE RESTITUIRE ALLA PERSONA CHE PRESENTA LA DENUNCIA

Provincia di _____ Comune di _____

Si dichiara che la Ditta _____ con sede in _____

ha presentato al sottoscritto il giorno _____ del mese di _____ 20__ denuncia di infortunio occorso a n. _____

persone (cognome e nome) _____

il giorno _____ del mese di _____ 20__ nel Comune di _____

**Timbro
dell'Ufficio**

 firma dell'autorità che riceve la denuncia

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.

Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione dei cognome, nome, data di nascita e la data dell'infortunio.

IL DATORE DI LAVORO:

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni;
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare, un telegramma entro 24 ore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare il quadro sul retro delle copie "C e W.

SEDE INAIL COMPETENTE

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di L. 50.000 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da L. 1.000.000 a L. 3.000.000 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 5811/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

La presente denuncia deve essere usata per gli infortuni avvenuti ai lavoratori:

- dell'industria, dell'artigianato, del terziario e altro;
- subordinati a tempo indeterminato dell'agricoltura;
- dipendenti della Pubblica Amministrazione;
- studenti delle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado.

Si ricorda che il **LAVORATORE** deve informare **immediatamente** il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinato a tempo parziale 5 = Stagionale	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore: (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto al montatore di Installatore di meccanico, operatore di macchine per ...

(6) QUALIFICA

01 = Dirigente 02 = Direttivo-quadro 03 = Impiegato o intermedio 04 = Operaio specializzato 05 = Operaio comune 06 = Sovrintendente 07 = Lavoratore a domicilio 08 = Viaggiatore - piazzista 09 = Medico radiologo 10 = Imprenditore agricolo	11 Detenuto 12 = Ricoverato in casa di cura 13 = Religioso/a 14 = Artigiano 15 = Esercente attività commerciale 16 = Apprendista artigiano 17 = Apprendista non artigiano 18 = Tirocinante 19 = Contratto formazione lavoro 20 = Borsista	21 = Stagista 22 = Piano inserimento professionale 23 = Allievo corsi qualificazione 24 = Istruttore corsi qualificazione 25 = Studente 26 = Sportivo professionista 27 = Addetto a lavoro socialmente utile 99 = Altro (indicare in chiaro)
--	--	---

(7) DATI RETRIBUTIVI

Quando gli importi vengono indicati in lire gli stessi devono essere riportati nello spazio che precede la virgola

Esempio: L. 1.385.400

			1	3	8	5	4	0	0
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---

 ,

--	--

Quando gli importi vengono indicati in euro la cifra INTERA dovrà essere divisa da quella DECIMALE attraverso la virgola

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4
--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---

Rapporto conferma messaggi

27-APR-2006 12:05 GIO

Numero fax : 0805865262
Nome : COM. MODUGNO UFF. PERS

Nome/Numero : 00805436233
Pag. : 4
Ora iniz. : 27-APR-2006 12:04 GIO
Tempo trascorso : 00'38"
Modalita' : STD ECM
Risultati : [O.K.]



COMUNE DI MODUGNO
PROVINCIA DI BARI

I SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE - O.M.
SERVIZIO PERSONALE

Prot. n. 10707

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	10707
27 APR. 2006	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Modugno, 27 aprile 2006

SPETT.LE I.N.A.I.L.BARI /1
LUNGOMARE TRIESTE N. 29

B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro dipendente LIUZZI ANNA MARIA - nata a Bari il 06/11/1964 e residente in via Magna Grecia, 14 - Modugno (BA), avvenuto in data 25 aprile 2006 alle 18,00 circa (trasmissione documentazione).

Si comunica che la dipendente, in oggetto generalizzata, ha fatto pervenire, in data 26 aprile 2006, certificazione del pronto soccorso dell'Ospedale San Paolo Bari, attestante l'infortunio sul lavoro.

Si allega in copia la seguente documentazione:

- relazione dell'accaduto
- certificato medico rilasciato dal pronto soccorso dell'Ospedale San Paolo Bari.

Segue denuncia di infortunio sul lavoro con modulistica in uso INAIL ed eventuale ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



Il Dirigente Settore
(dr. Tommaso Montefusco)



TORN1
COMUNE DI MODUGNO
PROVINCIA DI BARI

I SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE - O.M.
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 20207	
27 APR. 2006	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Modugno, 27 aprile 2006

SPETT.LE I.N.A.I.L.BARI /1
LUNGOMARE TRIESTE N. 29

B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro dipendente LIUZZI ANNA MARIA - nata a Bari il 06/11/1964 e residente in via Magna Grecia, 14 - Modugno (BA), avvenuto in data 25 aprile 2006 alle 18,00 circa (trasmissione documentazione).

Si comunica che la dipendente, in oggetto generalizzata, ha fatto pervenire, in data 26 aprile 2006, certificazione del pronto soccorso dell'Ospedale San Paolo Bari, attestante l'infortunio sul lavoro.

Si allega in copia la seguente documentazione:

- relazione dell'accaduto
- certificato medico rilasciato dal pronto soccorso dell'Ospedale San Paolo Bari.

Segue denuncia di infortunio sul lavoro con modulistica in uso INAIL ed eventuale ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



~~N. Dirigente~~ Settore
(dr. Tommaso Montefusco)

422

ISTITUTO O S. PAOLO BARI (-BITONTO) EPISODIO 2006013619 - 25/04/2006 19:25
SERVIZIO DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA-BARI

S C H E D A D I P R O N T O S O C C O R S O

COD. SAN.: LZZNMR64S46A662U

COGNOME : LIUZZI

NOME: ANNA MARIA

NATO/A A : BARI

IL : 06/11/1964

RESIDENZA: MODUGNO

INDIRIZZO: VIA MAGNA GRECIA, 14

TEL.: 0805324712

PRESTAZIONI EROGATE

REP. CODICE DESCRIZIONE

Q. TA'

PS 11 897 VISITA GENERALE

1

RD 11 8823 RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO

1

MEDICO ACCETTAZIONE : MAGGI VALERIA

INCIDENTE/INFORTUNIO:

VENIVA AGGREDITA DA PERSONA NON NOTA A MODUGNO. POLIZIA MUNICIPALE

DATI CLINICI:

TUMEFAZIONE I METACARPO DX

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

TRAUMA DISTORSIVO I DITO MANO DX

TERAPIE:

IMMOBILIZZAZIONE CON STECCA DI ZIMMER

FARMACI:

IMMUNOPROFILASSI:

PERIODO DI OSSERVAZIONE: 00:00

PRESCRIZIONI:

ARTO IN SCARICO, CONTROLLO CLINICO DAL CURANTE

CAUSA : INFORTUNIO SUL LAVORO

AUT. GIUDIZIARIA : NO

RICHIESTA AUTOPSIA : NO

PROGNOSI:

NR. GIORNATE: 7 S.C.

RIFIUTI:

DESCRIZIONE:

1.

2.

IL PAZIENTE

DIMISSIONE

MODALITA': DIMESSO

DATA: 25/04/2006 19:53

IST. RIC.:

REPARTO :

ALTRE NOTIZIE:

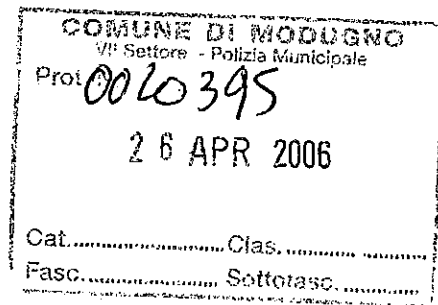
RX MANO: NON EVIDENTI LESIONI OSSEE DA TRAUMA RECENTE

IL PAZIENTE

IL MEDICO

MAGGI VALERIA

1126
26/04/06





CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome: L I V E R I Nome: A N N A M A R I A Sesso M/F: F
Nato a (Comune): B A R I Prov. GG: 06 MM: 11 AAAA: 1964 Nazionalità: ITAL
Residente a (Comune): M O D U G N O Prov. CAP: B A 70026
Indirizzo (via, piazza, ecc.): V I A K A G N A G R E C I A N. civico: 141
Codice ISTAT: Codici ASL: Codici Fiscali: L 2 E N M R G 4 5 4 6 A 6 6 2 0
GG: 25 MM: 04 AAAA: 12006 in (Comune o Stato Estero): M O D U G N O
L'EVENTO È AVVENUTO IL

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale: P O L I Z I A M U N I C I P A L E
Indirizzo (via, piazza, ecc.): N. civico: /
Comune:

Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

Denuncia presentata da persona interessata

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG: 25 MM: 04 AAAA: 12006 alle ore 18, 10

Data GG: 25 MM: 04 AAAA: 12006

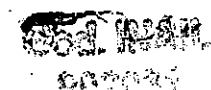
Firma dell'assicurato

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG: 25 MM: 04 AAAA: 12006 fino a tutto il GG: 01 MM: 05 AAAA: 12006

Luogo: B A R I O. S. S A N P A O L O

Data di rilascio GG: 25 MM: 04 AAAA: 12006



Timbro e Firma del Medico

M.O.S.L. B.A./A
Presidio Ospedaliero "San Paolo"
D.ssa Valeria MAGGI
U.O. Pronto Soccorso
Codice Identificativo



COMUNE DI MODUGNO

(Prov. di Bari)

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale VII SETTORE - POLIZIA MUNICIPALE	
Prot. N. 0732	
27 APR 2006	
Cat.	Clas.
Prot. P.M. N.	Sottofasc.

Modugno, li 26 aprile 2006

Al Comandante della Polizia Municipale
Magg. Nicola Del Zotti

S E D E

Oggetto: Rapporto di servizio

I sottoscritti AA.P.M. Donato Foggetti e Anna Maria Liuzzi denunciano il sig. Panza Pasquale nato a Modugno il 12/08/1983 e ivi residente in Via Lucca n. 40, per grave aggressione, resistenza e lesioni a pubblico ufficiale, omissione di generalità.

Alle ore 18,00 circa del giorno 25 aprile 2006 gli scriventi, come da ordine di servizio, controllavano Piazza E. De Amicis per garantire il regolare svolgimento della manifestazione per l'Anniversario della Liberazione d'Italia.

Dopo circa 10 minuti venivano raggiunti dal M.llo Magg. Vito Mele e dal M.llo Ord. Vito Attolico per le disposizioni riguardanti il servizio; nel mentre i sottoscritti AA.P.M. stavano per allontanarsi dalla zona, il vigile Foggetti veniva provocato e insultato da tale Panza Pasquale il quale proferiva le seguenti parole: "BASTARDO, TRIMONE" all'indirizzo del Foggetti che a sua volta chiedeva spiegazioni di tale modo di fare inconsueto e veniva per tutta risposta oltre che nuovamente oltraggiato con le parole suddette, aggredito improvvisamente e repentinamente dal Panza con un grosso schiaffo sulla guancia sinistra sferrato dalla sua mano destra e quindi l'A.P.M. terminava rovinosamente per terra. L'accaduto avveniva alla presenza di numerose persone ferme in attesa dell'arrivo del corteo in programma. Dopo l'aggressione interveniva subito l'A.P.M. Liuzzi che afferrando il Panza si faceva male anch'essa a una mano per i forti stratonni che lo stesso opponeva nell'intento di scappare, nel mentre interveniva il M.llo Attolico il quale bloccandolo richiedeva le generalità, ma il Panza riusciva a divincolarsi e a mettersi in fuga non fornendo i propri dati anagrafici.

Gli AA. P.M. si recavano presso l'Ospedale S. Paolo per le cure del caso e venivano refertati come segue: Foggetti con prognosi di 5gg e Liuzzi con prognosi di 7gg, s.c., come da referti medici allegati.

L'aggressore conosciuto dal M.llo Mele come lavorante presso un autolavaggio è stato meglio generalizzato nella mattina del 26 aprile 2006.

Tanto si comunica per dovere d'ufficio e per gli opportuni provvedimenti del caso.

PER COPIA CONFORME

IL DIRIGENTE VII SETTORE
COMANDANTE DELLA P.M.
(Magg. DEL ZOTTI)



A.P.M. LIUZZI Anna Maria

A.P.M. FOGGETTI Donato



**ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO**

Sede BARI
Infortunio N. 506161105

Data 31/05/2006

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurata LIUZZI ANNA MARIA

Luogo e data di nascita BARI - 06/11/1964

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 25/04/2006

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

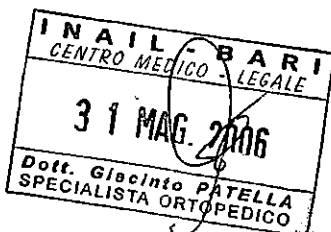
Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - è cessata e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 09/06/2006

Visto
31/05/06

COMUNE DI MODUGLIO	
VI Settore - Polizia Municipale	
Proi. N.	0027080
31 MAG 2006	
Cat.	Clas.
Fasc.	Scrittoresc.

dal 1/06/2006
al 08/06/2006





ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede BARI
Infortunio N. 506161105

Data 17/05/2006

R

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurata LIUZZI ANNA MARIA

Luogo e data di nascita BARI - 06/11/1964

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 25/04/2006

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità al lavoro con prognosi giustificata fino al 31/05/2006

Visto
17/05/06

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0024604	
18 MAG 2006	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

dal 18/05 al 31/05 = 14 gg.

INAIL Sede di BARI
CENTRO MEDICO LEGALE
Via Trieste 29 - BARI

Lo specialista in Chirurgia
Dott. CAMILLO DELUCA



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

[Handwritten signature]

Sede BARI

Infortunio N. 506161105

Data 10/05/2006

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurata LIUZZI ANNA MARIA

Luogo e data di nascita BARI - 06/11/1964

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 25/04/2006

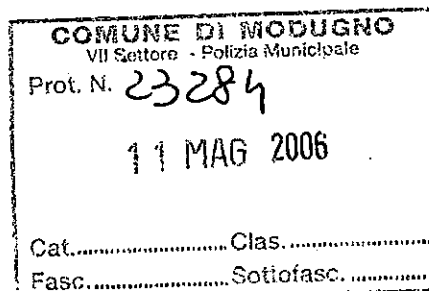
Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità al lavoro con prognosi giustificata fino al 17/05/2006

8-8

*Visto
11/05/06
[Signature]*





ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede BARI

Infortunio N. 506161105

Data 02/05/2006

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurata LIUZZI ANNA MARIA

Luogo e data di nascita BARI - 06/11/1964

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

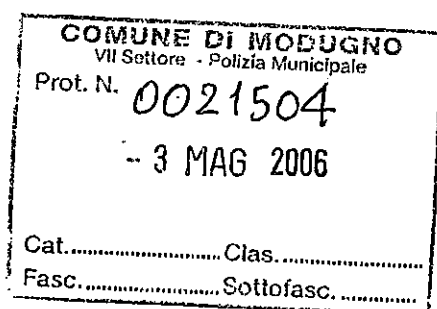
Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 25/04/2006

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

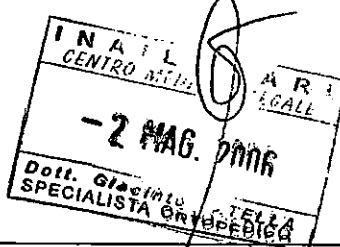
Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità al lavoro con prognosi giustificata fino al 09/05/2006

= 88.8



Visto
03/05/06



Lo specialista in Ortopedia
Dott. GIACINTO STELLA