



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede di BARI
CORSO TRIESTE, 29
70126 BARI BA
telefono: 080/5436111
e-mail: BARI@INAIL.IT
pec: BARI@POSTACERT.INAIL.IT

COMUNE DI MODUGNO
UFFICIO PERSONALE.COMUNE.MODUGNO@PEC.RUPA

BARI, 27/02/2025

OGGETTO: Definizione della pratica di infortunio o malattia professionale.
n°: 520755411 del 19/02/2025 occorso a ANNA MARIA LIUZZI
Data nascita benef. 06/11/1964 Cod. Fisc. benef. LZZNMR64S46A662U

IN MERITO ALLA PRATICA IN OGGETTO, SI COMUNICA CHE LA STESSA E' STATA DEFINITA
NEGATIVAMENTE.

Il responsabile del provvedimento
MASTROGIACOMO GIUSEPPINA

Firma autografa a mezzo stampa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993

COMUNE DI MODUGNO - c. 1262 - REG. PROT. - 0011241 - Ingresso - 28/02/2025 - 10:03

RICEVUTA DI INVIO

La Denuncia/Comunicazione di infortunio è stata inviata correttamente, risulta associata alla certificazione medica pervenuta all'Istituto ed è disponibile presso la Sede INAIL competente

A seguito dell'entrata in vigore del DLGS 151/2015 decade l'obbligo per il datore di lavoro di invio della denuncia alle autorità di Pubblica Sicurezza

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio

14608628

Codice Utente

SNTMRA

Data e ora invio Denuncia-Comunicazione

24 / 02 / 2025

12 : 29 : 59

Origine

ONLINE

Sede INAIL competente

BARI

Telefono

080/5436111

FAX

06-88468021

Comune

BARI

Prov.

BA

CAP

70126

Codice ISTAT

072006

Indirizzo Email

BARI@INAIL.IT

Indirizzo PEC

BARI@POSTACERT.INAIL.IT

Data evento (GG/MM/AAAA)

19 / 02 / 2025

Cognome INFORTUNATO

LIUZZI

Nome INFORTUNATO

ANNA MARIA

Codice Fiscale

LZZNMR64S46A662U

Nato a

BARI

II (GG/MM/AAAA)

06 / 11 / 1964



rispetta l'ambiente, non stampare documenti se non è necessario



CITTÀ DI MODUGNO
Città Metropolitana di Bari
CORPO DI POLIZIA LOCALE

Via G. Maranda, 52 - 70026 Modugno (BA) Tel. 0805865300

polizialocale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it



Al Comandante della Polizia Locale
Comm. Sup. Dott. Marco Meli
Sede

Modugno 21/02/2025

Relazione di servizio

In data odierna alle ore 14.05 dopo aver finito il mio turno di servizio mi sono recata presso il Pronto Soccorso del P.O. S. Paolo di Bari a causa di un persistente dolore alla caviglia destra. Sul posto, dopo aver effettuato una radiografia ed una visita ortopedica, mi è stata diagnosticata una distorsione con distrazione della caviglia dx a seguito di un distacco parcellare dell'astragalo, con una prognosi di 20 gg. s.c.

Il dolore alla caviglia è riconducibile ad una caduta avvenuta il giorno 19 febbraio 2025 alle ore 7.50 circa mentre scendevo le scale di casa per venire al lavoro.

Subito dopo la caduta, avvenuta nell'androne del portone di casa, mi sono rialzata e, non avvertendo al momento un forte dolore, sono regolarmente venuta al lavoro. Nel pomeriggio del 19 febbraio la caviglia ha cominciato a farmi male ma ho tamponato il tutto con pomata antidolorifica e ghiaccio sulla parte indolenzita; così pure il giorno dopo.

Non ottenendo miglioramenti e vedendo che la caviglia diventava sempre più gonfia e livida, ho ritenuto opportuno recarmi al Pronto Soccorso per scongiurare eventuali fratture. In fase di dimissione oltre al referto medico è stato stilato anche il certificato di infortunio in itinere, entrambi allegati.

Tanto si comunica per dovere d'ufficio

Isp. C. Anna Maria Liuzzi



S.I.S.: REGIONE PUGLIA

ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

ACUR - SER03505

Pagina 1 di

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2025-007038

ACCETTAZIONE: 21/02/2025 14:35

IDENTIFICATIVO:	LZZNMR64S46A662U	ASSISTITO:	LIUZZI ANNA MARIA
DATA NASCITA:	06/11/1964	NATO/A A:	072006 BARI
SESSO:	F	FASCIA ETA':	
CITTADINANZA:	(100) ITALIANA	ASL:	160114 BA
RESIDENTE A:	072027 MODUGNO	VIA:	VIA MAGNA GRECIA N 14
RESIDENZA AGGIORNATA:		VIA:	
DOMICILIO:		VIA:	
DOMICILIO AGGIORNATO:		VIA:	
LIVELLO DI ISTRUZIONE:			
TELEFONO:		CELLULARE:	
EMAIL:		PEC:	

DATI ACCOMPAGNATORE

ACCOMPAGNATORE:

GRADO PARENTELA:

MOTIVO DELL'ACCESSO

PROBLEMA PRINCIPALE: TRAUMA

TRAUMA: INFORTUNIO IN ITINERE

DATA E ORA EVENTO: 19/02/2025 7.50

DESCRIZIONE: RIF. TRAUMA DISTORSIVO CAVIGLIA DESTRA MENTRE SCENDEVA LE SCALE PER RECARSI PRESSO L'ATTIVITÀ LAVORATIVA

ACCETTAZIONE

MODALITA' ARRIVO: AUTONOMO (ARRIVATO CON MEZZI PROPRI)

OPERATORE: 625005136-LAZZARI MIRIAM

PARAMETRI VITALI DI ACCETTAZIONE

Dati parametri vitali non acquisiti in fase di accettazione

TRIAGE DI ACCETTAZIONE: VERDE - URGENZA MINORE

CODICE DI DIMISSIONE: VERDE - URGENZA MINORE

SINTOMATOLOGIA DIAGNOSTICA: RIF. ALGIA PIEDE E CAVIGLIA DESTRA POST TRAUMA
NEGA ALLERGIE A FARMACI
PZ. IPERTESA IN TRATTAMENTO

PERMANENZA IN ACCETTAZIONE: 0 : 47 (hh:mm)

ID. REGISTRO CARTACEO:

PRESA IN VISITA - DATI CLINICI

DATA E ORA: 21/02/2025 15:22

MEDICO: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

ANAMNESI: TRAUMA TRE GG FA

ANAMNESI FARMACOLOGICA:

ALLERGIE:

IMMUNOPROFILASSI:

ALTRE NOTIZIE:

ESAME OBIETTIVO: EDEMA PERIMALLEOLARE DX

IPOTESI DIAGNOSTICA: T. DISTORSIVO T-T DX

POSTUMI:

PROBLEMI APERTI:

STAMPATO IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35 DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

FIRMATO DIGITALMENTE IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35
DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA



S.I.S.: REGIONE PUGLIA

ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

ACUR - SER03505

Pagina 2 di

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2025- 007038

ACCETTAZIONE: 21/02/2025 14:35

IDENTIFICATIVO: LZZNMR64S46A662U

ASSISTITO: LIUZZI ANNA MARIA

PRESTAZIONI

ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI

STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI

REPARTO: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI

DATA E ORA	CODICE - DESCRIZIONE	INDICAZIONE	Q.T.
21/02/2025 15.22	89.7 - PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate		1

ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI

STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI

REPARTO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2 - SAN PAOLO - BARI

DATA E ORA	CODICE - DESCRIZIONE	INDICAZIONE	Q.T.
21/02/2025 17.10	89.7 - PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate		1

ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI

STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI

REPARTO: RADIOLOGICA - SAN PAOLO - BARI

DATA E ORA	CODICE - DESCRIZIONE	INDICAZIONE	Q.T.
	88.28.1 - RX DELLA CAVIGLIA		1
	88.28.2 - RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita		1

Nessun farmaco somministrato

Nessun rifiuto inserito

Nessuna rilevazione di parametri vitali è presente nel diario

Nessun diario clinico acquisito

Nessuna frattura da fragilità rilevata

DIMISSIONE

MODALITA': DIMISSIONE A DOMICILIO CON AFFIDAMENTO AL MEDICO CURANTE

DATA E ORA: 21/02/2025 17:23

COMUNICAZIONE PRODOTTA PER: INAIL

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA: URGENTE

PROGNOSI RISERVATA: NO NR. GG. PROGNOSI: 20 S.C.

TERAPIA DOMICILIARE / PRESTAZIONI: SI ALLEGA CONS. ORTOPEDICA

PERMANENZA IN ASSISTENZA: 2 : 01 (hh:mm)

DIAGNOSI DI DIMISSIONE: DISTORSIONE E DISTRAZIONE DI ALTRO SITO DELLA CAVIGLIA

DESCRIZIONE AGGIUNTIVA: T. DISTORSIVO T-T DX

Nessuna diagnosi secondaria inserita

Nessuna dichiarazione assistito è stata registrata

OPERATORI

OPERATORE	TIPO	DATA E ORA CAMBIO TURNO
125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA	DIMISSIONE	
625001276 - MARIANI ANTONIO	PRESA IN CARICO CONSULENZA	
125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA	PRESA IN CARICO CONSULENZA	
125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA	PRESA IN VISITA	
625005136 - LAZZARI MIRIAM	ACCETTAZIONE	

ALTRE NOTIZIE:

STAMPATO IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35 DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

FIRMATO DIGITALMENTE IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35
DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA



S.I.S.: REGIONE PUGLIA

ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

ACUR - SER03505

Pagina 3 di

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2025- 007038

ACCETTAZIONE: 21/02/2025 14:35

IDENTIFICATIVO: LZZNMR64S46A662U

ASSISTITO: LIUZZI ANNA MARIA

NOTE:

FIRMA PAZIENTE/ACCOMPAGNATORE/DICHIARANTE

IL MEDICO

BANDINI MARIA ROSARIA

STAMPATO IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35 DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

FIRMATO DIGITALMENTE IL: 21/02/2025 ALLE ORE: 17:35
DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

ASL Bari



Ospedale "San Paolo" - Bari
U.O.C. Radiodiagnostica - S. Paolo
U.O.S. Neuroradiologia - Direttore: Dott. Alfredo Tarantino

Paziente :	LIUZZI ANNA MARIA	Richiesta :	BAC-130054
Data di Nascita:	06/11/1964	Data Esame:	21/02/2025
Id Paziente:	BAC-29679	Data refertazione:	21/02/2025
Provenienza:	PS San Paolo	Reparto:	

Motivo Esame: trauma distorsivo

RX PIEDE DX Classe di dose(*): I
RX CAVIGLIA DX Classe di dose(*): I
(*Classe di dose secondo art.161 del D.Lgs 101/2020)

Distacco parcellare dell'astragalo

Il TSRM Esecutore:

Alessia Vicari

Il Medico Refertatore:

Dott.ssa Lucia Caiffa

Versione n.1



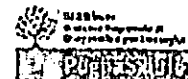
Documento informatico firmato digitalmente da: Dott.ssa Lucia Caiffa il 21/02/2025 15:58 e archiviato da questo Ente ai sensi della normativa vigente (D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.). La sua stampa costituisce copia dell'originale informatico.

Referto prodotto con il Sistema Regionale SIRDImm.

RIPORTARE IL PRESENTE ESAME AI SUCCESSIVI CONTROLLI.

COMUNE DI MODUGNO - c. f. 262 - REG. PROT - 0010221 - Interno - 22/02/2025 - 11:42 - RISERVATO

Via Capostadichio, 1
70132 Bari
Tel. 080 5843236 - 3240
email: po-sanpaolo@aslbari.it



Referto firmato digitalmente da: Caiffa Lucia il 21/02/2025 alle 16:00



S.I.S.: REGIONE PUGLIA

ACUR - SER03

Pagina 1 di 1

ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

SCHEDA DI CONSULENZA / PRESTAZIONI

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2025- 007038

ACCETTAZIONE: 21/02/2025 14:35

DATI CONSULENZA

CONSULENZA N.: 2 REGISTRAZIONE: 21/02/2025 17:03 INIZIO: 21/02/2025 17:10 FINE: 21/02/2025 17:10
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
UNITA' OPERATIVA: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2 - SAN PAOLO - BARI

IDENTIFICATIVO: LZZNMR64S46A662U ASSISTITO: LIUZZI ANNA MARIA
DATA NASCITA: 06/11/1964 NATO/A A: 072006 BARI
SESSO: F FASCIA ETA':
CITTADINANZA: (100) ITALIANA

ANAMNESI:

ANAMNESI FARMACOLOGICA:

ESAME OBIETTIVO:

ULTIMA RILEVAZIONE TRIAGE: VERDE - URGENZA MINORE

QUESITO DIAGNOSTICO: T. DISTORSIVO T-T DX

PRESTAZIONI EROGATE

DATA E ORA	CODICE - DESCRIZIONE	INDICAZIONE	Q.TA' AGGIUNTA DA
21/02/2025 17.10	89.7 - PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate		1

IL RICHIEDENTE

BANDINI MARIA ROSARIA

Dati parametri vitali non acquisiti

Nessun farmaco somministrato

REFERTO: TRAUMA DISTORSIVO CAVIGLIA DESTRA CON INFRAZIONE ASTRAGALICA DI TRE GIORNI FA. LA PAZIENTE H
DEAMBULATO.
RX CAVIGLIA
EO: EDEMA PERIMALLEOLARE ESTERNO CON EMATOMA IN FASE DI RISOLUZIONE CALCANEARE. FLESSO
ESTENSIONE POSSIBILE NON DOLENTE. DOLORE ALLA DIGITOPRESSIONE DEL LEG. PAA,PAP, PC. NON DOLE
IL LEG DELTOIDEO.NO DOLORE TESTA PERONE. TENDINE DI ACHILLE NELLA NORMA, TEST DI THOMPSON
NEGATIVO. PER QUANTO POSSIBILE APPREZZARE AI TEST CAVIGLIA STABILE. SENSIBILITA' NELLA NORMA.
DOLORE IN PROIEZIONE ANTEROLATERALE ASTRAGALICA.NO DOLORE IN ALTRI SEGMENTI MUSCOLO
SCHELETRICI
SI CONSIGLIA:
- INDOSSARE CAVIGLIERA BIVALVA PER 20 GIORNI. POSSIBILE LA FLESSO ESTENSIONE.
- CARICO GRADUALE SECONDO TOLLERANZA CON UTILIZZO DI STAMPELLE
- ARTO IN SCARICO (UTILIZZI CUSCINI SOTTO IL MATERASSO DURANTE LA NOTTE)
- GHIACCIO (IN PANNI DI COTONE) 4 VOLTE AL GIORNO PER 15-20 MINUTI
- PR: DARFAX PLUS S: 1 CP X 2 VOLTE AL GIORNO PER 10 GIORNI POI 1 CP A GIORNO PER 10 GIORNI
- ANTINFIAMMATORIO ORALE (ES PR: DICLOREUM 150 MG CP S: 1 CP AL GIORNO PER 6 GIORNI A STOMA
PIENO E CON PROTEZIONE GASTRICA)
IN CASO DI PERSISTENZA DEL DOLORE UTILE RIVALUTAZIONE

MEDICO REFERTANTE: 625001276 MARIANI ANTONIO

IL CONSULENTE

STAMPATO IL: 21/02/2025

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Mod.1 5

PRIMO

Numero protocollo certificato

E.INAIL.34100.21/02/2025.0019466

Identificativo certificato

13290987

Utente

QRNGDU59S14A662Q

Data e ora invio

21/02/2025 17:37

Origine

IREST

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome

LIUZZI

Nome

ANNA MARIA

Codice fiscale

LZZNMR64S46A662U

Nazione di nascita

ITALIA

Cittadinanza

ITALIANA

Sesso

F

Data di nascita

06/11/1964

Comune di nascita

BARI

Provincia

BA

Codice Istat

072006

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

VIA MAGNA GRECIA N 14

N.civico

Nazione

ITALIA

Comune

MODUGNO

Provincia

BA

CAP

70026

Codice Istat

072027

ASL

BA

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

N.civico

Nazione

ITALIA

Comune

Provincia

BA

CAP

70026

Codice Istat

072027

ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)

N.civico

Presso

Nazione

ITALIA

Comune

Provincia

BA

CAP

70026

Codice Istat

072027

ASL

L'Indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL favore del lavoratore.

Telefono abitazione

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

COMUNE MODUGNO

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N.civico

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

POLIZIA LOCALE

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento, Ora dell'evento

19/02/2025 07:50

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Localtà dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

ABITAZIONE

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

VIA MAGNA GRECIA 14.

N.civico

Nazione

ITALIA

Comune

MODUGNO

Provincia

BA

Cod. Istat

072027

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono Ora di abbandono

19/02/2025 07:50

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

RIF. TRAUMA DISTORSIVO CAVIGLIA DESTRA MENTRE SCENDEVA LE SCALE PER RECARSI PRESSO L'ATTIVITA LAVORATIVA

DATI SANITARI

Data della visita

21/02/2025

Malattia
Infettiva/Infornio

NO

Data del decesso in
conseguenza dell'eventoRiscontro
diagnostico

NO

Autopsia giudiziarla

NO

DIAGNOSI

DISTORSIONE E DISTRAZIONE DI ALTRO SITO DELLA CAVIGLIA - T. DISTORSIVO T-T DX

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

NO

Prognosi riservata

NO

Prognosi dal

21/02/2025

fino a tutto il

12/03/2025

Ricovero ospedaliero

NO

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI

Consulenza in ORTOPEDIA E TRAU-RX DEL PIEDE [CALCAGNO] compre-RX DELLA CAVIGLIA-PRIMA VISITA. Escluso: le prim

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

SI ALLEGA CONS. ORTOPEDICA

ESAME OBIETTIVO

EDEMA PERIMALLEOLARE DX

**ESITI DI ALTRE LESIONI O
MALATTIE PREGRESSE IN
RELAZIONE CON L'EVENTO**

NO

Indicare quali

**SI PRESUME INABILITA'
PERMANENTE**

NO

**INVALIDITA'
RICONOSCIUTE**

NO

Indicare quali

OSSERVAZIONI**DATI DEL MEDICO CERTIFICATORE****Cognome**

BANDINI

Nome

MARIA ROSARIA

Codice fiscale

BNDMRS61B49A662V

In qualità di

Medico Ospedallero

Struttura di appartenenza

PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI

Identificativo certificato utente

202550001065

Comune di rilascio

BARI

Provincia di rilascio

BA

Data di rilascio

21/02/2025



CITTÀ DI MODUGNO

(Area Metropolitana di Bari)

Servizio 6 – Avvocatura, Contenzioso e Ufficio Personale

All'INAIL Bari
bari@postacert.inail.it

OGGETTO: Riscontro nota INAIL n. 10601 del 25/02/2025 (Caso n.: 520755411 del 2025).

Con riferimento all'oggetto, questa Amministrazione anticiperà l'indennità dovuta al lavoratore infortunato con successivo rimborso da parte dell'INAIL ai sensi dell'art. 70 D.P.R. n. 1124 del 1965.

A tal fine, per l'accredito del rimborso l'IBAN della Tesoreria comunale è il seguente:
IT34A0542404297000000000221.

Cordialmente.

Modugno, 25 febbraio 2025.

Il Funzionario Amministrativo

Avv. Mario Santoro

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d.lgs. n. 39 del 1993).

Il Responsabile del Servizio 6

Avv. Grazia G. Carlucci



ENTRATE PROPRIE

COORDINATE BANCARIE " TESORERIA COMUNALE "

CODICE IBAN

IT34A0542404297000000000221

Municipio di Potenza

CONTO TESORERIA COMUNALE



CITTÀ DI MODUGNO

Città Metropolitana di Bari

Protocollo n°: **0010678** del **25-02-2025**

Movimento: **Uscita**

Tipo Spedizione: **Posta Elettronica**

Oggetto: **Riscontro nota INAIL n. 10601 del 25022025 (Caso n. 520755411 del 2025).**

Corrispondenti

Denominazione	Indirizzo E-mail/PEC
INAIL di BARI	auto_bari@massivo.pec.inail.it
INAIL DI BARI	BARI@POSTACERT.INAIL.IT

Assegnazioni

Assegnato a:	Assegnato da:	Data:
--------------	---------------	-------

Allegati

Riscontro nota INAIL n. 10601 del 25022025 _ Caso n. 520755411 del 2025..pdf Riscontro nota INAIL n. 10601 del 25022025 _ Caso n. 520755411 del 2025._Marcato.pdf

Il Responsabile



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede di BARI
CORSO TRIESTE, 29
70126 BARI BA
telefono:080/5436111
e-mail:BARI@INAIL.IT
pec:BARI@POSTACERT.INAIL.IT

BARI, 25/02/2025

COMUNE DI MODUGNO
UFFICIO PERSONALE.COMUNE.MODUGNO@PEC.RUPA

OGGETTO: RICHIESTA
Nome: **ANNA MARIA** Cognome: **LIUZZI**
Caso n.: **520755411** del: **19/02/2025**

Con riferimento a quanto dichiarato in denuncia, si prega di comunicare se il datore di lavoro intenda avvalersi dell'autorizzazione ottenuta da INAIL ad anticipare le indennità di inabilità temporanea assoluta, ai sensi dell'art. 70 D.P.R. 1124/65.

In caso di risposta affermativa, si voglia specificare la modalità di rimborso (IBAN).

Cordiali saluti.

Addetto all' istruttoria
ANNA MARIA GALLITELLI

Firma autografa a mezzo stampa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede di BARI
CORSO TRIESTE, 29
70126 BARI BA
telefono: 080/5436111
e-mail: BARI@INAIL.IT
pec: BARI@POSTACERT.INAIL.IT

BARI, 25/02/2025

COMUNE DI MODUGNO
UFFICIO PERSONALE.COMUNE.MODUGNO@PEC.RUPA

OGGETTO: RICHIESTA

Nome: **ANNA MARIA** Cognome: **LIUZZI**
Caso n.: **520755411** del: **19/02/2025**

Con riferimento a quanto dichiarato in denuncia, si prega di comunicare se il datore di lavoro intenda avvalersi dell'autorizzazione ottenuta da INAIL ad anticipare le indennità di inabilità temporanea assoluta, ai sensi dell'art. 70 D.P.R. 1124/65.

In caso di risposta affermativa, si voglia specificare la modalità di rimborso (IBAN).

Cordiali saluti.

Addetto all'istruttoria
ANNA MARIA GALLITELLI

Firma autografa a mezzo stampa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993

COMUNE DI MODUGNO - c. f. 262 - REG. PROT. - 0010601 - Ingresso - 25/02/2025 - 12:21