

TORNA
COMUNE DI MODUGNO
PROV. 24604
24 MAG. 2005
Cat. _____
Fasc. _____
Sottosc. _____

Denuncia di infortunio sul lavoro

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
da presentare entro due giorni alla Autorità di Pubblica Sicurezza
del Comune ove avvenne l'infortunio
(Art. 64 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124)

Provincia di BARI Comune di MODUGNO - BA
(dove ha sede lo stabilimento o l'impresa)

1. Nome e cognome, ditta, ragione o denominazione sociale del datore di lavoro: COMUNE DI MODUGNO

2. Oggetto dell'impresa o della lavorazione: COMANDO DI POLIZIA MUNICIPALE

3. 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

4. Luogo in cui è avvenuto l'infortunio: MODUGNO
NEI PRESSI DELLA SCUOLA ELEMENTARE "A. MORO" MODUGNO

5. Data dell'infortunio: 19 MAGGIO 2005 giorno GIOVEDI ora: ant. 8,45 circa

6. Persone rimaste lese nel medesimo infortunio: N. 01 (per ogni dipendente deve essere compilato un esemplare del presente modulo)

7. Infortunato: nome ANNA MARIA cognome LIUZZI
sesso F luogo e data di nascita BARI 06.11.1964 occupazione abituale OPERATORE P.M.
residenza MODUGNO - VIA MAGNA GRECIA, 14

8. 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):
DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO COMANDATO CON IL MOTOCICLO IN DOTAZIONE BENELLI 125, EQUIVOCA CON IL PIEDE SINISTRO IL CLASSICO MOVIMENTO PER OTTENERE IL CAVALLATO - FINIVO IMASPEDATAMENTE CON IL PESO DEL MOTOCICLO SULLA PANCIA SX.
(1) Ai sensi della legge 24-12-1969, n. 990, in caso di infortunio provocato dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti indicare: il nominativo e l'indirizzo del conducente e del proprietario del veicolo; il numero di targa del veicolo che ha causato il sinistro; la denominazione della Compagnia assicuratrice o dell'impresa designata ai sensi dell'art. 20 della predetta legge.

9. Dov'è stato trasportato l'infortunato? (se è stato ricoverato in Ospedale, precisare quale): PRONTO SOCCORSO OSPEDALE SAN PAOLO - BARI

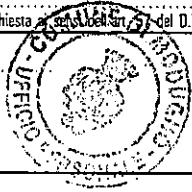
10. Natura ed entità delle lesioni: TRAUMA DISTORSIONE GIMACCIA SX - LESI DI PRESSIONE LESIONE DI MEMBRANO

11. La lesione ha avuto per conseguenza la morte? NO La lesione sembra poter avere per conseguenza la morte? NO
Oppure l'invalidità permanente al lavoro (assoluta o parziale)?
Per quanti giorni si presume che possa durare l'invalidità temporanea al lavoro? 15 GIORNI SC.
Entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? ?

12. Testimoni dell'infortunio (nome, cognome e indirizzo):

13. Nome, cognome e residenza del titolare o del rappresentante legale della ditta: COMUNE DI MODUGNO
P.ZZA DEL POPOLO, 16 - 70026 MODUGNO - BA
e dell'infortunato
dei superstiti del lavoratore
ai quali il Pretore deve comunicare la data e il luogo dell'inchiesta (Art. 64 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

del 23 MAGGIO 2005
«di « AVVERTENZE » a tergo



Firma del datore di lavoro o del suo rappresentante
IL DIRIGENTE I SETTORE
Dott.ssa Caterina ANGLANT

Provincia di _____ Comune di _____

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



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

Sede BARI
Infortunio N. 505341685

Data 13/07/2005

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 BA104

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo DEL POPOLO, 16 70026 MODUGNO BA

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 19/05/2005

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 18/07/2005

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0033550	
13 LUG 2005	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

Vinto
13/07/05



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

R

Sede BARI
Infortunio N. 505341685

Data 06/07/2005

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 BA104

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo DEL POPOLO, 16 70026 MODUGNO BA

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 19/05/2005

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 13/07/2005

= 7 gg.
infortun.

Visto
06/07/05

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0032362	
- 7 LUG 2005 -	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Lo specialista in Ortopedia



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede BARI
Infortunio N. 505341685

Data 23/06/2005

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 BA104

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo DEL POPOLO, 16 70026 MODUGNO BA

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 19/05/2005

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 06/07/2005

dal 27/06 al 06/07/2005 = 10 gg
RL

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0029800	
23 GIU 2005	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

Visto
23/06/05

INAIL - Sede di BARI
CENTRO MEDICO LEGALE
Via 22 - BARI



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

RACCOMANDATA A.R.

INAIL.02/LETPER05

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

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	24604
24 MAG. 2005	
Cal.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Prot.

Modugno, 23 maggio 2005

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
(Operatore Polizia Municipale) avvenuto in data 19 maggio 2005 ore
8,45 circa (trasmissione denuncia di infortunio).

Si trasmette, in allegato alla presente, denuncia di
infortunio sulla modulistica in uso INAIL.

La stessa, è stata anticipata via fax venerdì 20 maggio
2005.

Inoltre, si trasmette, nuovamente in copia, anche la
documentazione comunicata via FAX alla S.V, che la dipendente in
oggetto ha fatto pervenire in data 19 maggio 2005, a questo Ufficio
del Personale.

Segue eventuale ulteriore documentazione

Cordiali saluti.



IL DIRIGENTE I SETTORE
Dott.ssa Caterina ANGLANI

COGNOME L I U Z Z I
NOME ANNAMARIA
SESSO 2 1 maschio 2 femmina
NATO IL 06 11 64 A BARI
INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO VIA MAGNA GRECIA 14
segue INDIRIZZO FRAZIONE COMUNE MODUGNO PROV. BA
C.A.P. 70026 CODICE ISTAT 027 CODICE USL BA/4
CODICE INPS SITUAZIONE FAMILIARE 1 1 coniug. 2 cel./nub. 3 separato/a 4 divorziato/a 5 vedovo/a
MESTIERE O MANSIONE OPERATORE P.M.
POSIZIONE ASSICURATIVA COD. CONTROLLO CODICE FISCALE 70065365 07 80017070725
NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.) COMUNE DI MODUGNO
INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO P.zza DEL POPOLO, 16 C.A.P. 70026 COMUNE MODUGNO
PROV. BA CODICE ISTAT 027 LOCALITA' DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amministrazione pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.) COMANDO VIGILI URBANI
A (Comune) MODUGNO C.A.P. 70026 CODICE ISTAT 027 CODICE USL BA/4
ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO? SI NO SE SI, IN QUALE REPARTO PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli
IL 19 05 05 ALLE ORE 08 45 CIRCA DURANTE QUALE ORA DI LAVORO? prima, seconda, terza, ecc. = 01 - 02 - 03 ecc. 01 DURANTE IL TURNO NOTTURNO? SI NO DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO 19 05 05
ERA PRESENTE SI NO HA SAPUTO DEL FATTO IL 19 05 05 COME DA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'OSPEDALE S. PAOLO (PRONTO SOCCORSO)
IN CASO NEGATIVO PERCHE? RITIENE LA DESCRIZIONE RISPONDENTE A VERITA' SI NO

ATTENZIONE: scrivere le date nella forma ggmm-aa - nelle risposte SI o NO barrare la casella interessata
DATI RETRIBUTIVI, ESPOSTI AL LORDO, OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (esclusi quelli relativi agli addetti ai servizi domestici e familiari)
LA RETRIBUZIONE (paga base + contingenza + scatti di anzianità, ecc.) È COMPUTATA SU BASE:
ORARIA SI NO DURATA ORARIA SETTIMANALE A PARI A LIRE B
GIORNALIERA SI NO PARI A LIRE C
MENSILE O MENSILIZZATA SI NO PARI A LIRE D 1586 15
CONVENZIONALE SI NO PARI A LIRE (se ARTIGIANA valore annuo) E
ARTIGIANA SI NO
LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? - se la risposta è affermativa compilare la riga sottostante
RETRIBUZIONI PARI A LIRE F DAL GIORNATALE SETTIMANALE G DAL

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO
LAVORO STRAORDINARIO PARI A LIRE H
DIARIA O TRASFERITA indicare l'imponibile ai fini previdenziali PARI A LIRE L
FESTIVITA' CADENTI DI DOMENICA PARI A LIRE N
SOMMA DELLE INDENNITÀ E MAGGIORAZIONI PER: mensa, trasporto, tumi, lavoro notturno e festivo ecc. PARI A LIRE I
VALORE DELLE PRESTAZIONI CORRISPONDE IN NATURA vitto, alloggio ecc. PARI A LIRE M
FESTIVITÀ SOPPRESSE non trasformate in ferie E RIPOSI COMPENSATIVI LAVORATI PARI A LIRE O

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE scrivere le unità delle percentuali nelle due caselle di sinistra ed i decimali in quelle di destra
TREDICESIMA MENSILITÀ PERCENTUALI oppure IMPORTI P Q
PREMIO DI PRODUZIONE PERCENTUALE oppure GIORNI N. S
TOTALE DI ALTRE MENSILITÀ AGGIUNTIVE PERCENTUALE V W
ACCANTONAMENTO CASSA EDILE PERCENTUALE Z
SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:
1 + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U + V + W + Z (sommare i campi % come numeri interi)
IL PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA DEVE AVVENIRE
A MEZZO ASSEGNI LOCALIZZATI SI NO OPPURE EX ART. 70 T.U. SI NO
PAGINA 1
6583407



DESCRIZIONE DELLO FORTUNIO

DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITA' O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO COMANDATO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

Durante lo svolgimento del servizio comandato con il motociclo su notazione Pennelli 12 equivivo con il piede sx. il classico movimento per abbassare il cavalletto - finito inaspettatamente con il peso del motociclo sulla gamba sinistra.

a) FORMA o modalità dell'infortunio (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15	movimento incoordinato	19	colpito da	32	schiaffiato da	36	rimasto stretto tra	41	caduto in piano	72
ha calpestato	12	sollevando spostando	16	impigliato agganciato a	21	investito da	33	sommerso da	37	ha inalato	51	caduto in profondità	73
si è colpito con	13	ha urtato contro	17	ha fatto uno sforzo	22	morso da	34	urtato da	38	esposto a	52	incidente a bordo di	91
ha ingerito	14	piede in fallo	18	afferrato da	31	punto da	35	travolto da	39	caduto da	71	incidente alla guida	92

b) AGENTE materiale (es.: trattore)

segue AGENTE materiale

c) PARTICOLARE dell'agente (es.: seggiolino)

d) CAUSA immediata dell'infortunio (es.: ribaltamento)

e) ALTEZZA dell'agente

COGNOME, NOME E DOMICILIO

ESTIMONI LLO IFORTUNIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

19.05.2005

PRONTO SOCCORSO - OSPEDALE S. PAOLO - BARI

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

TRAUMA DISTORSIVO CONTUSIVO GINOCCHIO SX - SEDE DI PREGRESSA LESIONE DI MENISCO

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA:

DATI RETRIBUTIVI RELATIVI AGLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: ORE SETT. N.

RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA: LIRE

COGNOME, NOME ED INDIRIZZO DEGLI ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA

ORE SETT. N.

RETRIB. CONVENZ. ORARIA

DATA 23 MAGGIO 2003

FIRMA DEL LAVORATORE

Si ringrazia per la cortese collaborazione che consentirà un miglior uso dei mezzi tecnici ed eviterà possibili errori nella trattazione del caso

DATA RICEZIONE 1° CERTIFICATO MEDICO AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ART. 53 DEL T.U. N. 1124/65

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITA'

DATA 23 MAY 2005

FIRMA

IL DIRIGENTE I SETTORE
Dott.ssa Caterina ANGLANI

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 24604
24 2005
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

ATTENZIONE: per una corretta compilazione leggere attentamente le istruzioni sul retro



COMUNE DI MODUGNO
(Provincia di Bari)
VII SETTORE – POLIZIA MUNICIPALE

Prot. n. 0024105

Modugno, 20/05/2005

Al Dirigente I Settore
Ufficio Personale
S E D E

OGGETTO: Infortunio sul lavoro – A.P.M. Liuzzi Anna Maria.

In allegato si trasmette rapporto di servizio, referto pronto soccorso e certificato INAIL per l'infortunio occorso all'A.P.M. Liuzzi Anna Maria il giorno 19.05.2005.
Tanto si comunica per gli ulteriori adempimenti.

Il Dirigente VII Settore
Comandante della P.M.
(Magg. ~~Wanda~~ Del Zotti)



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0023877
19 MAG 2005	
Cat.	Clas.
Pasc.	Sottolasc.

Al Dirigente VII Settore
Comandante la P.M.
Magg. Nicola Del Zotti
SEDE MODUGNO

Oggetto: RELAZIONE DI SERVIZIO.

La sottoscritta A.P.M. LIUZZI Anna Maria espone quanto segue:
in data odierna alle ore 08.45 circa, durante lo svolgimento del servizio comandato, mi trovavo nei pressi della Scuola Elementare " A. Moro " con il motociclo Benelli 125 in dotazione quando, per fermare lo stesso, eseguivo con il piede sinistro il classico movimento per abbassare il cavalletto.

Nel mentre effettuavo questo movimento non agganciai il cavalletto e finivo inaspettatamente con il peso del motociclo sulla gamba sinistra riportando un forte dolore al ginocchio sinistro già sofferente per frattura al menisco a seguito di precedente incidente in servizio.

Si allegano: referto pronto soccorso – certificato INAIL.

Si rapporta per dovere d'ufficio.

Modugno, 19 Maggio 2005


A.P.M. LIUZZI Anna Maria

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
NATO/A A : BARI
RESIDENZA: MODUGNO
INDIRIZZO: VIA MAMELI 8

NOME: ANNA MARIA
IL : 06/11/1964
TEL.:

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0023877
19 MAG 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

PRESTAZIONI

CODICE DESCRIZIONE

897 VISITA GENERALE
8827 RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA
897 VISITA GENERALE

MEDICO ACCETTAZIONE : MAIULLARI ANGELA

INCIDENTE/INFORTUNIO:

SCENDENDO DALLA MOTO DURANTE IL TURNO DI SERVIZIO NON ESSENDOSI INNESCATO I
L CAVALLETTO HA DATO UN COLPO A VUOTO COL GINOCCHIO SN .RIFERISCE DOLORE E IM
POTENZA FUNZIONALE GINOCCHIO SN

DATI CLINICI:

DOLENTE SUPERF. INTERNA E CAVO POPLITEO GINOCCHIO SN

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

TRAUMA DISTORSIVO-CONTUSIVO GINOCCHIO SIN SEDE DI PREGRESSA LESIONE DI MENISC
O

TERAPIE:

IMMUNOPROFILASSI:

PERIODO DI OSSERVAZIONE: 00:00

PRESCRIZIONI:

CAUSA : INFORTUNIO SUL LAVORO

AUT. GIUDIZIARIA : NO
RICHIESTA AUTOPSIA : NO

PROGNOSI: QUOAD VALITUDINEM NR. GIORNATE: 15 S.C.

RIFIUTI:

DESCRIZIONE:

1.
2.

IL PAZIENTE

DIMISSIONE

MODALITA':

DATA: 19/05/2005 11:47

IST. RIC.:

REPARTO :

ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO

DAMIANI DOMENICA

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO:

IND ☒

AGR ☐

N. FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del **PRIMO** fascicolo

QUADRO

A

Cognome LIUZZI Nome ANNA MARIA Sesso M/I

Nato a (Comune) BAZI Prov. GG il 06 / 11 / 19

Residente a (Comune) MODUGNO Prov. GG CAP 71010

Indirizzo (via, piazza, ecc.) MAGMA GRECIA Numero Civico 14

COD. ISTAT 000000 COD. USL 000000 l'evento è avvenuto il 18 / 05 / 05 in (Comune) MODUGNO

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio
ripresa di lavoro per un periodo di 15 giorni

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo 000000 Ragione sociale 000000

Indirizzo 000000 CAP 000000 COMUNE 000000 Prov. 00

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

Data e firma dell'infortunato 18.05.05 Anna Maria Liuzzi

QUADRO

B

CERTIFICATO MEDICO

PRIMO ☒

CONTINUATIVO ☐

DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome)

LIUZZI ANNA MARIA

Codice fiscale

477NMR64S46A661

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il

18 / 05 / 05

alle ore 00

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale

Prot. N. 0023877

19 MAG 2005

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

dolore sp. estremo lato destro

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

figura ed. - visita di controllo

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)

per giorni 15 riprende lavoro il 01 / 06 / 05

pericolo di vita NO ☒ SI ☐

si presume invalidità permanente NO ☒ SI ☐

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero NO ☒ SI ☐ se SI, presso

esami specialistici

Codice del medico o del presidio sanitario

160158

Luogo e data del rilascio

15 Jan 2006 13 05 05

A.U.S.L. BA/4.
Presidio Ospedaliero "San Paolo"
D.ssa Domenica DAMIANI
per favore **Dirigente Medico**
U.O. PRONTO SOCCORSO
Codice identificativo n. 639817

QUADRO

C

Si tratta di ricaduta? NO ☐ SI ☐

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO NO ☐ SI ☐

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

INAIL.01/LETPER05

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

Prot. 024148

Modugno, 20 maggio 2005

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
(Operatore Polizia Municipale) avvenuto in data 19 maggio 2005
(trasmissione documentazione).

Si comunica che la dipendente, in oggetto generalizzata, ha
fatto pervenire, in data 19 maggio 2005, certificazione
dell'Ospedale S. Paolo - Bari - servizio di pronto soccorso,
attestante l'infortunio sul lavoro.

Si allega la seguente documentazione:

- relazione dell'accaduto
- certificazione medica Ospedale S.Paolo-Bari
- certificato INAIL

Segue denuncia di infortunio e ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

RAPPORTO OPERATIVO

PER: COMUNE MODUGNO*UFF. PERS. 0805865262

DATA	INIZIO DESTINATARIO	DURATA PAGINE TIPO	NOTE
20-MAG	9:18 00805436233	1' 58" 4 TRASMISS.	OK

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: **IND** ☒ **AGR** ☐

N. FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del **PRIMO** fascicolo

**QUADRO
A**

Cognome **LIUZZI** Nome **ANNA MARIA** Sesso **F**
Nato a (Comune) **BARI** GG **06** MM **11** AA **64**
Prov. **71** CAP **70100**
Residente a (Comune) **MODUGNO** Prov. **71**
Indirizzo (via, piazza, ecc.) **MAGNA GRACIA** Numero Civico **14**
COD. ISTAT **71001** COD. USL **71001** l'evento è avvenuto il GG **13** MM **05** AA **05**
in (Comune) **MODUGNO**
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio
Grave lesione alla schiena causata da caduta dall'alto

**SERVATO
DATORE
LAVORO**

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.
Posizione assicurativa e cod. controllo **71001** Ragione sociale **71001**
Indirizzo **71001** CAP **71001** COMUNE **71001** Prov. **71**
Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri
Data e firma dell'infortunato **13.05.05** *[Firma]*

**QUADRO
B**

CERTIFICATO MEDICO PRIMO ☒ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐
Infortunato (cognome e nome) **LIUZZI ANNA MARIA** Codice fiscale **477777777777777777**
ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG **13** MM **05** AA **05** alle ore **11**
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI
ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI **Lesione sp. schiena con dolore alla base del collo**
REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI **Riferimento - visita di controllo**
PROGnosi inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni **13** riprende lavoro il GG **13** MM **05** AA **05** NO ☒ pericolo di vita SI ☐ NO ☐ SI ☐ si presume invalidità permanente NO ☒ SI ☐
OSSERVAZIONI DEL MEDICO
PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero **NO** ☒ **SI** ☐ se SI, presso **71001**
esami specialistici
Codice del medico o del presidio sanitario **71001** Luogo e data del rilascio **13.05.05**
COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. **0023877**
19 MAG 2005
Cat. **71001** Clas. **71001**
Fasc. **71001** Sottofasc. **71001**
A.U.S.L. BA/4
Presidio Ospedaliero "San Paolo"
Dr. Antonio DAMIANI
per favore **Dirigente Medico** zona
U.O. PRONTO SOCCORSO
Codice Identificativo n. **639817**

**SERVATO
MEDICO**

**QUADRO
C**

Si tratta di ricaduta? **NO** ☒ **SI** ☐
eventuali osservazioni

**SERVATO
INAIL**

VISTO DEL MEDICO **NO** ☐ **SI** ☐
DATA **13.05.05** FIRMA **13.05.05**

TIMBRO DI ARRIVO

ISTITUTO PO S. PAOLO BARI-BITONTO EPISODIO 2005015036 DI 19/05/2005 10:00
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

NATO/A A : BARI

RESIDENZA: MODUGNO

INDIRIZZO: VIA MAMELI 8

NOME: ANNA MARIA

IL : 06/11/1964

TEL.:

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0023877
19 MAG 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

PRESTAZIONI

CODICE DESCRIZIONE

897 VISITA GENERALE
8827 RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA
897 VISITA GENERALE

MEDICO ACCETTAZIONE : MAIULLARI ANGELA

INCIDENTE/INFORTUNIO:

SCENDENDO DALLA MOTO DURANTE IL TURNO DI SERVIZIO NON ESSENDOSI INNESCATO I
L CAVALLETTO HA DATO UN COLPO A VUOTO COL GINOCCHIO SN .RIFERISCE DOLORE E IM
POTENZA FUNZIONALE GINOCCHIO SN

DATI CLINICI:

DOLENTE SUPERF. INTERNA E CAVO POPLITEO GINOCCHIO SN

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

TRAUMA DISTORSIVO-CONTUSIVO GINOCCHIO SIN SEDE DI PREGRESSA LESIONE DI MENISC
O

TERAPIE:

IMMUNOPROFILASSI:

PERIODO DI OSSERVAZIONE: 00:00

PRESCRIZIONI:

CAUSA : INFORTUNIO SUL LAVORO

AUT. GIUDIZIARIA : NO

RICHIESTA AUTOPSIA : NO

PROGNOSI: QUOAD VALITUDINEM NR. GIORNATE: 15 S.C.

RIFIUTI:

DESCRIZIONE:

1.
2.

IL PAZIENTE

----- DIMISSIONE -----

MODALITA':

DATA: 19/05/2005 11:47

IST. RIC.:

REPARTO :

ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO

DAMIANI DOMENICA



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0023877
19 MAG 2005	
Cat.	Clas.
Caso	Sottocaso

Al Dirigente VII Settore
Comandante la P.M.
Magg. Nicola Del Zotti
SEDE MODUGNO

Oggetto: RELAZIONE DI SERVIZIO.

La sottoscritta A.P.M. LIUZZI Anna Maria espone quanto segue:
in data odierna alle ore 08.45 circa, durante lo svolgimento del servizio comandato, mi trovavo nei pressi della Scuola Elementare " A. Moro " con il motociclo Benelli 125 in dotazione quando, per fermare lo stesso, eseguivo con il piede sinistro il classico movimento per abbassare il cavalletto.

Nel mentre effettuavo questo movimento non agganciai il cavalletto e finivo inaspettatamente con il peso del motociclo sulla gamba sinistra riportando un forte dolore al ginocchio sinistro già sofferente per frattura al menisco a seguito di precedente incidente in servizio.

Si allegano: referto pronto soccorso – certificato INAIL.

Si rapporta per dovere d'ufficio.

Modugno, 19 Maggio 2005


A.P.M. LIUZZI Anna Maria



TORNI

COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	24190
- 8 GIU. 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

INAIL.03/LETPER05

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

Prot.

Modugno, 8 giugno 2005

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
(Operatore Polizia Municipale) avvenuto in data 19 maggio 2005 ore
8,45 circa. Trasmissione certificato medico di continuazione
inabilità.

Si trasmette, in allegato alla presente, copia del
certificato medico di continuazione inabilità.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Cordiali saluti.

IL FUNZIONARIO
dr.ssa Beatrice Maggio

Visto
03/06/05

Da non usare per gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura.

**INFORTUNIO
MALATTIA PROFESSIONALE**

Gestione (in chiaro)
Visto medico (data e firma leggibile)
Reg.ne Part. medico N. / (data e sigla)

Riservato all'INAIL

CERTIFICATO MEDICO DI CONTINUAZIONE INABILITÀ

(da spedirsi, immediatamente all'INAIL: 1) qualora l'assicurato non sia guarito nel termine previsto nel certificato precedente; - 2) se, dopo guarito, si sia verificata una ricaduta; - 3) se, comunque, siano intervenuti fatti nuovi, complicazioni, ecc., ovvero la diagnosi o la prognosi debbano essere rettificata).

1 - Assicurato (cognome e nome) LIUZZI ANNA - M
nato a BARI (Prov.) il 06-11-64 Codice USL (1) BA L
indirizzo: Comune MODUGNO frazione
via M. CURCIA CAP. 71014
2 - Datore di lavoro (2) COMUNE DI MODUGNO
Indirizzo
3 - Data dell'infortunio o di manifestazione della malattia professionale 19/5/2005
4 - Diagnosi accertata TRAUMA DISTORSIVO-CONTUSIVO G.M. E.A.
5 - Condizioni attuali dell'assicurato

6 - Quanto tempo, presumibilmente, durerà ancora l'inabilità assoluta al lavoro? QUATTRO MESE CIRCA
7 - Quali motivi protraggono la guarigione?

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 0026648
- 6 GIU 2005

8 - È da presumersi inabilità permanente? ☒ SI ☐ NO
9 - L'assicurato si è attenuto alle cure prescritte? ☒ SI ☐ NO
10 - Si ritiene opportuna una visita medica di controllo? ☒ SI ☐ NO
11 - Sono necessari esami speciali? ☒ SI ☐ NO quali? NR CRSSA
12 - È necessario ricovero ospedaliero? ☒ SI ☐ NO perché?
13 - In caso di ricaduta, quali motivi l'hanno determinata?
14 - Da quale giorno è ricominciata l'inabilità assoluta?

Eventuali osservazioni del medico:

(indicare, fra l'altro se l'assicurato sia stato curato in precedenza da altro medico e dove ed indicare se l'assicurato provenga da un ospedale o ambulatorio e quale).

Dott. GIUSEPPE MARTINO
MEDICINA GENERALE
ASL BA/4 - 14050.4

P.zza. Garibaldi, 1/B - MODUGNO

DICO TRE

Data di redazione del presente certificato

3/6/2005

**N.B. - Per le domande che portano indicate le possibili risposte
SI NO apporre una X sulla risposta che si fornisce.**

(1) Indicare la provincia e il n. della USL di appartenenza.
(2) Per i dipendenti dello Stato, indicare l'Amministrazione per conto della quale vengono eseguiti i lavori e l'ufficio, stabilimento o cantiere tenuto a presentare la denuncia di infortunio o di malattia professionale.

Il Medico curante
Dott. GIUSEPPE MARTINO
MEDICINA GENERALE
(timbro ASL BA/4 - 14050.4
P.zza. Garibaldi, 1/B - MODUGNO

Indirizzo

MOD. 62590



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

COPIA

RACCOMANDATA A.R.

INAIL.06/LETPER05

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

Prot. 0028751

Modugno, 17 giugno 2005

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
(Operatore Polizia Municipale) avvenuto in data 19 maggio 2005 ore
8,45 circa. Trasmissione certificato medico di continuazione
inabilità.

Si trasmette, in allegato alla presente, copia del
certificato medico di continuazione inabilità.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Cordiali saluti.



ISTRUTTORE DIRETTIVO
DOTT. GIANLUIGI BERARDI



COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 0028745
17 GIU. 2005
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

Da non usare per gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura.

INFORTUNIO
MALATTIA PROFESSIONALE

Gestione _____ (in chiaro)
Visto medico _____ (data e firma leggibile)
Reg.ne Part. medico N. _____ / _____ (data e sigla)

Riservato all'INAIL

CERTIFICATO MEDICO DI CONTINUAZIONE INABILITÀ

(da spedirsi, immediatamente all'I.N.A.I.L.: 1) qualora l'assicurato non sia guarito nel termine previsto nel certificato precedente; - 2) se, dopo guarito, si sia verificata una ricaduta; - 3) se, comunque, siano intervenuti fatti nuovi, complicazioni, ecc., ovvero la diagnosi o la prognosi debbano essere rettificata).

- 1 - Assicurato (cognome e nome) LIUZZI ANNA-MARIA
nato a BARI (Prov. _____) il 6-11-64 Codice USL (1) BA 4
indirizzo: Comune MODUGNO frazione _____
via H. GARCA n. 46 CAP. 70026
2 - Datore di lavoro (2) COMUNE DI MODUGNO
Indirizzo _____
3 - Data dell'infortunio o di manifestazione della malattia professionale 19-5-2005
4 - Diagnosi accertata TUMORE DISTENSIVO - CONTUSIVO
CAVO CCAIO SIN
5 - Condizioni attuali dell'assicurato
- Riusciti DOWN + INF. PUNZ
6 - Quanto tempo, presumibilmente, durerà ancora l'inabilità assoluta al lavoro? DIRET GIOVANNI
7 - Quali motivi protraggono la guarigione?
8 - È da presumersi inabilità permanente? ☐ SI ☒ NO
9 - L'assicurato si è attenuto alle cure prescritte? ☒ SI ☐ NO
10 - Si ritiene opportuna una visita medica di controllo? ☒ SI ☐ NO
11 - Sono necessari esami speciali? ☐ SI ☒ NO quali?
12 - È necessario ricovero ospedaliero? ☐ SI ☒ NO perché?
13 - In caso di ricaduta, quali motivi l'hanno determinata?
14 - Da quale giorno è ricominciata l'inabilità assoluta?

Eventuali osservazioni del medico:

(indicare, fra l'altro se l'assicurato sia stato curato in precedenza da altro medico e dove ed inoltre se l'assicurato provenga da un ospedale o ambulatorio e quale).

Data di redazione del presente certificato

17/06/2005

N.B. - Per le domande che portano indicate le possibili risposte
SI NO apporre una X sulla risposta che si fornisce.

- (1) Indicare la provincia e il n. della USL di appartenenza.
(2) Per i dipendenti dello Stato, indicare l'Amministrazione per conto della quale vengono eseguiti i lavori e l'ufficio, stabilimento o cantiere tenuto a presentare la denuncia di infortunio o di malattia professionale.

Il Medico curante

Dott. GIUSEPPE MARTINO

Distr. 9 - ASL BA/4 - C.R. 1.4050.4

Medicina GENERALE

P.zza Garibaldi, 1/B Tel. 080.5352559

Indirizzo

MODUGNO

05000

ROMA

19/10/2005

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 48685
25 OTT. 2005
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

cod. 10

E 500/1317 /A/05

P. 47091

731

COMUNE DI MODUGNO

PIAZZA DEL POPOLO 16
70026 MODUGNO BA

002620351 -0001539

D'ORDINE DELLA SPETT. I.N.A.I.L.
VI RIMETTIAMO IN ALL. A/C DI EURO *****645,36

RIF.COMUNICATICI DALL'ORDINANTE (DATA ORDINE 19/10/2005)
ORDINATIVO DI PAGAMENTO N. 000000002 DEL 00/00/0000 INAIL SEDE 34100

COD. FISC. INAIL 01165400589
INDENNITA' DI TEMPORANEA
NOME ASSICURATO: LIUZZI ANNA MARIA
IL PROSPETTO LIQ. IND. E RIMB SPESE SARA' INVIATO A PARTE DALLA SEDE INAIL
COMPETENTE.

Per l'incasso del presente assegno circolare si raccomanda di presentarsi presso le Agenzie Unicredit Banca muniti del documento inviatoVi a parte dall'INAIL.

[illegible]**ASSEGNO N. 7.605.705.518 08**

UniCredit Banca S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Via Zamboni, 20 - Capitale Sociale Euro 1.901.044.231 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Bologna e Codice Fiscale 12931310301 - P. IVA 01144650297 - C/O ABI 0206777 - Banca iscritta all'Albo delle Banche e appartenente al Gruppo Bancario UniCredit Italiano iscritto all'Albo dei Gruppi Bancari n° 3135.1 - Aderente al Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi - Imposta di Bollo, quando dovuta, assolta in modo virtuale - Autorizzazione Agenzia delle Entrate all'Ufficio di Bologna, 2002/45041 del 17/12/2002.

2008-1
017145

731 - ROMA

19/10/2005

34100 INAIL BA

UniCredit Banca pagherà a vista per questo assegno circolare

euro*****645,36*

SEICENTOQUARANTACINQUE/36*****

verificare quadro di controllo

NON TRACEERT

NON TRASFERIBILE

a COMUNE DI MODUGNO

UNICREDIT BANCA

7.605.705.518 08 serie XB

serie XB

DECINE DI MIGLIAIA			MIGLIAIA							CENTINAIA									VAL. FINO A					
0	1	2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5.000	€ URO

07605705518 200801716 99999999



UniCredit Banca S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: BOLOGNA, VIA ZAMBONI, 20 - CAPITALE SOCIALE EURO 1.901.044,23 - ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI BOLOGNA E CODICE FISCALE 01480000368 - TEL. 051/4480000 - FAX 051/4480001 - E-MAIL unicredit@unicredit.it - www.unicredit.it - APPARTENENTE AL GRUPPO BANCA UNICREDITO ITALIANO/SCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI BANCARI N. 3135. ADEDERENTE AL FONDO INTERBANCARIO DI TUTELA DEI DEPOSITI - IMPOSTA DI BOLLO, QUANDO DOVUTA, ASSOLTA IN MODERATALE - AUTORIZZAZIONE AGENZIE DELLE ENTRATE ILIUFFICIO DI BOLOGNA, 2002450401 DEL 17/12/2002

04999

ROMA

19/10/2005

COMUNE DI MODUGNA
Prot. n. **48686**
25 Ott. 2005
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottolasc. _____

cod. 10

IN 500/1318 (4/05)

P. 4710

731

COMUNE DI MODUGNO

PIAZZA DEL POPOLO 16
70026 MODUGNO BA

002620351 -0001538

D'ORDINE DELLA SPETT. I.N.A.I.L.
VI RIMETTIAMO IN ALL. A/C DI EURO ***1.500,00

RIF.COMUNICATICI DALL'ORDINANTE (DATA ORDINE 19/10/2005)
ORDINATIVO DI PAGAMENTO N. 000000002 DEL 00/00/0000 INAIL SEDE 34100

COD. FISC. INAIL 01165400589

INDENNITA' DI TEMPORANEA

NOME ASSICURATO: LIUZZI ANNA MARIA

IL PROSPETTO LIQ. IND. E RIMB SPESE SARA' INVIATO A PARTE DALLA SEDE INAIL
COMPETENTE.

Per l'incasso del presente assegno circolare si raccomanda di presentarsi presso le Agenzie Unicredit Banca muniti del documento inviatoVi a parte dall'INAIL.

[illegible]

ASSEGNO N. 7.605.705.517 07



2008-1
01714-5

731 - ROMA

19/10/2005

34100 INAIL BA

UniCredit Banca pagherà a vista per questo assegno circolare

euro***1,500,00*

MILLECINQUECENTO/00*****

verificare quadro di controllo

verificare quadro di controllo

NON TRASFERIBILE

COMUNE DI MODUGNO

NON TRASFERIBILE

UNICREDIT BANK

7.605.705.517 07 serie XB

serie XB

DECINE DI MIGLIAIA			MIGLIAIA									CENTINAIA									VALORE FINO A			
0	1	2	0	X	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	X	6	7	8	9	5.000	€URO

07605705517: 2008012169 999999999

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE

CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

SEDE DI: BARI (BA)

CORSO TRIESTE 29

70126 BARI BA

Codice Fiscale 01165400589

11/10/2005



S00C01120100007022
12
S0001-1-7/1

COMUNE DI MODUGNO
Prot. N. **0048466**
25 OTT. 2005
Cat. Clas.
Fasc. Sottofasc.

COMUNE DI MODUGNO

PIAZZA DEL POPOLO

70026 MODUGNO BA

16



Pratica di infortunio o malattia professionale n° 505341685

del 19/05/2005

Gestione 110

Occorso a: LIUZZI ANNA MARIA

Data nasc. benef.:

Cod. Fisc. benef.: 80017070725

Riferimento:

Prospetto liquidazione indennità e rimborso spese

periodo indennizzato		retribuzione giornaliera media o convenzionale	giorni	indennità pari al 60% della retribuzione o assegno giornaliero o indennità di legge	giorni	indennità pari al 75% della retribuzione o assegno giornaliero o indennità di legge	giorni ART. 72
dal	al						
23/05/2005	17/07/2005	63,85	56	38,31			
Tot. indennità		-	acconti	+	spese	=	saldo parziale
2145,36							2145,36
detrazione per lavoro dipendente	+	danno biologico	saldo in EURO				
			2145,36				

NOTA INFORMATIVA

A seguito di quanto disposto dal Dec. Legislativo 314/97 l'INAIL è considerato sostituto d'imposta in rapporto al pagamento dell'indennità di temporanea al lavoratore infortunato o tecnopatologico, che ai fini IRPEF è assimilato al reddito da lavoro dipendente.

Pertanto l'INAIL, in tale qualità di sostituto d'imposta, all'atto del pagamento della indennità di temporanea provvede a calcolare e a trattenere la relativa imposta IRPEF (comprensiva dell'addizionale regionale ed eventuale addizionale comunale) alla misura indicata con il presente modulo.

Qualora il pagamento dell'indennità di temporanea all'infortunato venga anticipato dal datore di lavoro in virtù dell'articolo 70 T. U. (D. P. R. 1124/65), l'assoggettamento a ritenuta IRPEF di tale indennità è direttamente effettuato dal datore di lavoro medesimo.

Il pagamento le sarà recapitato a cura dell'Istituto Bancario incaricato di tale servizio.

Il responsabile del provvedimento.
INSABATO DOMENICO

AVVERTENZE

l'assicurato può curare i suoi rapporti con l'INAIL non solo personalmente ma anche tramite gli Enti di intermediazione che prestano gratuitamente consulenza e assistenza in materia assicurativa e previdenziale.

DISPOSIZIONI PER L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

(Testo Unico approvato con D.P.R. 30/6/1965, n. 1124)

1 - Denuncia di infortunio e di malattia professionale

1.1 - Lavoratori industriali e agricoli subordinati a tempo indeterminato.

L'assicurato deve immediatamente informare il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) di qualsiasi infortunio occorsogli affinché questi possa presentare all'INAIL la denuncia **entro 2 giorni** dalla data dell'evento.

In caso di malattia professionale la denuncia al datore di lavoro deve essere inoltrata **entro 15 giorni** dalla manifestazione. Il datore di lavoro, a sua volta, deve presentare la denuncia della malattia all'INAIL **entro 5 giorni** dalla data in cui ne è venuto a conoscenza.

In entrambe le ipotesi anzidette l'inosservanza dell'assicurato determina la perdita del diritto all'indennità per inabilità temporanea assoluta per i giorni antecedenti la data di notifica al datore di lavoro (artt. 52 e 53 T.U.).

1.2 - Lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato.

Il lavoratore subordinato deve immediatamente informare il datore di lavoro o il preposto all'azienda di qualsiasi infortunio occorsogli (art. 241 T.U.).

La denuncia di infortunio viene redatta dal medico che per primo presta assistenza al lavoratore infortunato, **il giorno successivo a quello della visita medica** (art. 238 T.U.).

Se l'assicurato tarda più di 3 giorni da quello dell'infortunio a rivolgersi al medico, perde il diritto all'indennità per inabilità temporanea assoluta per i giorni precedenti la visita (art. 242 T.U.).

In caso di malattia professionale l'assicurato deve denunciare al medico - mediante richiesta di (o presentazione a) visita medica - la malattia **entro 15 giorni** dalla data dell'astensione dal lavoro, affinché questi possa presentare all'INAIL la relativa denuncia **entro i 10 giorni** successivi e, in caso d'inosservanza, l'assicurato perde il diritto all'indennità per inabilità temporanea assoluta per i giorni precedenti quello della denuncia al medico (artt. 249 e 250 T.U.).

2 - Decorrenza dell'indennità per inabilità temporanea assoluta.

L'indennità per inabilità temporanea assoluta decorre dal 4° giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale.

I primi 3 giorni sono indennizzati dal datore di lavoro.

Per i **lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato**, ove l'assicurato ritardi più di 3 giorni a ricorrere alla visita medica, viene considerata come data d'infortunio, quella della visita stessa per cui i 4 giorni decorrono da tale data (art. 242 T.U.).

3 - Misura dell'indennità per inabilità temporanea assoluta.

Fino al 90° giorno d'inabilità assoluta al lavoro l'indennità è pari al 60% della retribuzione giornaliera effettiva mediamente percepita nei 15 giorni lavorativi precedenti l'evento, mentre dal 91° giorno, anche non consecutivo, è elevata al 75% della stessa retribuzione (artt. 68 e 213 T.U.).

Per i **lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato**, l'indennità è calcolata sulla retribuzione giornaliera convenzionale fissata annualmente per provincia (art. 213 T.U.).

In caso di ricovero l'Istituto può ridurre di un terzo l'indennità maturata dall'assicurato non coniugato e senza persone a carico (art. 72 T.U.).

4 - Opposizione avverso i provvedimenti dell'Istituto.

Contro i provvedimenti emessi dall'Istituto può essere avanzata opposizione con raccomandata con ricevuta di ritorno.

Se l'opposizione concerne il giudizio di natura medica circa la durata dell'inabilità o la misura del danno residuo va allegato idoneo certificato medico (art. 104 T.U. e art. 8 Legge n. 533/1973).

5 - Assistenza dell'assicurato.

L'assicurato può curare i suoi rapporti con l'INAIL non solo personalmente ma anche tramite gli Enti di patrocinio che prestano gratuitamente consulenza e assistenza in materia assicurativa e previdenziale.

Presso tutte le Sedi dell'INAIL, il personale è a disposizione per qualsiasi chiarimento.