



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

Sede BARI
Infortunio N. 502774270

Data 13/06/2003

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato PASCAZIO DONATO

Luogo e data di nascita MODUGNO - 27/09/1965

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 23/04/2003

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 15/06/2003

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	27915
13 GIU. 2003	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

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**

Sede BARI
Infortunio N. 502774270

Data 05/06/2003

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

Assicurato PASCAZIO DONATO

Luogo e data di nascita MODUGNO - 27/09/1965

Codice ASL

Datore di lavoro

Indirizzo

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 23/04/2003

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 13/06/2003



ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL COMUNE DI MODUGNO

3

AL SINDACO DOTT. PIRIO RAVA

AL' ASSESSORE SERVIZI SOCIALI

LORO SEDI

Il sottoscritto DONATO PASCAZIO nato a Modugno il 27/09/65 e residente a Modugno in via Maranda 16, dipendente del Comune di Modugno con contratto a tempo determinato e con le mansioni di AUTISTA DI SCUOLABUS

DICHIARA

che in data 23/04/2003 alle ore 7.20, durante il servizio, si trovava all'interno del cortile della scuola E.De Amicis, dove i mezzi sono ricoverati e che mentre scendeva dal pullman cadeva scivolando sul gradino dello stesso pullman.

Dopo la caduta riprendeva regolarmente il servizio ma in presenza di un dolore insistente all'arto si recava al Pronto Soccorso del "Presidio Ospedaliero San Paolo" dove veniva refertata una lesione alla spalla destra, come si evince da referto allegato.

Al momento della caduta era presente il collega Sig. Francesco Acquafredda, anche lui in servizio presso il Comune di Modugno.

Modugno 24/04/03

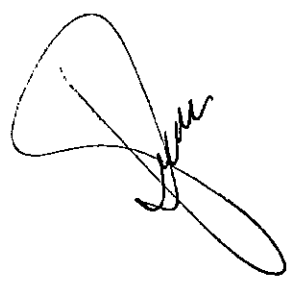
COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 0019719
24 APR. 2003
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

In fede
Donato Pascazio

Donato Pascazio

Francesco Acquafredda

SEGRETERIA
SERVIZIO
DOTT. PASCAZIO
DIRETTORE
CONFERMA



A.S.L. BA/4
"PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO"
70123 BARI

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 23/04/2003 ORA: 11:41 PRESTAZIONE: 20/ 11019

COD.SAN.PERS.: 00402368701 COD.FISC.: PSCDNT65P27F262B
COGNOME NOME : PASCAZIO/DONATO TEL.
NATO A: MODUGNO IL 27/09/1965
RESIDENTE A ..: MODUGNO VIA: VIA MARANDA, 16

ANAMNESI:

CADEVA MENTRE SCENDEVA DAL PULMAN DEL COMUNE

DATI CLINICI:

LIMITAZIONE FUNZIONALE SPALLA DX DOLORE IN CORRISPONDENZA DELL'OMERO

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

TRAUMA CONTUSIVO SPALLA DX

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

INFRAZIONE TROCHITE OMERALE DX

PRESTAZIONI: VISITA INTERNISTICA

RX + ORTOPEDIA: BENDAGGIO DESAULT VEDI PRESCRIZIONI

TERAPIE:

IMMUNOPROF. ATT.:

IMMUNOPROF. PAS.:

E.S.A.M.I.: RADIOLOGIA ORTOPEDIA

PRESCRIZIONI:

CLAREMA R 1 CP AL DI' PER 20 GG

CONTROLLO CLINICO DAL MEDICO CURANTE

CAUSA: INFORTUNIO LAVORO INAIL INDST.

07:30 COMUNE DI MODUGNO

PROGNOSI: GIORNI 25 s.c.

REFERTO A.G. /

RIFIUTO:

FIRMA DEL PAZIENTE: _____

CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS. 23/04/2003 13:59

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA
MAGGI VALERIA



INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

6578871

1 1

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO:

IND ☒AGR ☐

N. FASCICOLO

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

Cognome

PASCARIZIO

Nome

DONARO

Sesso

M/F

M

Nato a (Comune)

MODUGNO

Residente a (Comune)

MODUGNO

Prov.

3A

GG

24

MM

09

AA

65

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

VIA M. DRANDRA

Prov.

3A

CAP

40016

COD. ISTAT

COD. USL

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

l'evento è
avvenuto il

GG

23

MM

04

AA

25

in (Comune)

Modugno

Numero
Civico

10016

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

Posizione assicurativa e cod. controllo

Ragione sociale

Comune di Modugno

Indirizzo

CAP

COMUNE

Prov.

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

Data e firma dell'infortunato

23.04.05

CERTIFICATO MEDICO

6578871

PRIMO ☒CONTINUATIVO ☐DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome)

PASCARIZIO DONARO

Codice fiscale

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il

GG

23

MM

04

AA

25

alle ore

11

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

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

per giorni

15

riprende
lavoro il

GG

23

MM

05

AA

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

Luogo e data del rilascio

Si tratta di ricaduta?

NO ☐SI ☐

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO

NO ☐SI ☐

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO

Cod. INAIL

A.U.S.L. BA/4 902031

Presidio Ospedaliero S. Paolo
per favore Cod. Registro questa zona

PRONTO SOCCORSO

Dr.ssa Valeria MAGGI

INAIL



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

RACCOMANDATA A.R.

Copia

INAILCOM.03/LETPER03

I° SETTORE SEGRETERIA -AFFARI GENERALI- PERSONALE
SEZIONE PERSONALE

Prot. n° 23363

Modugno, 19 maggio 2003

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

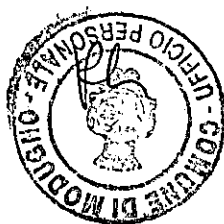
B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro avvenuto il 23 aprile 2003 -
dipendente PASCAZIO DONATO - assunto a tempo determinato dal 27
marzo 2003 al 26 aprile 2003 con le mansioni di "AUTISTA SCUOLABUS".
(Integrazione Pratica).

Facendo seguito alla precedente comunicazione, ns. prot.
n° 19810 del 24 aprile 2003, relativa all'infortunio di cui
all'oggetto, si comunica che il suddetto ex dipendente, in data 16
maggio 2003, ha fatto pervenire a questo Ente, ulteriore
certificazione medica Ospedaliera, con prognosi di giorni 30,
allegata in copia alla presente.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Si coglie l'occasione, per inviare distinti saluti.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

REGIONE PUGLIA
Azienda Unità Sanitaria Locale BA/4
Presidio Ospedaliero "San Paolo"

Via Caposcardicchio 70123 BARI

II Divisione di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Primario: Dr. Tommaso Gismondi

Tel. 080-5843635 / 5843652

BARI, 16/5/2003

Il Sig./Sig.ra Pascerio Donato di anni _____

ha effettuato in data odierna Visita Ortopedica ed è risultato affetto/a da:

Diagnosi: Infrazione trochite osseale destra in
l'articolazione

Trattamento effettuato: immobilità funzionale

Prescrizioni: - cinesiterapia, massoterapia,
fisioterapia, ultrasuoni, elettroterapia
nelle lesioni.
- utilizzo gesso

La visita di controllo potrà essere effettuata dopo prenotazione al tel.

tra _____ giorni, nell'AMBULATORIO del _____ della II Div., con: il
presente certificato, la richiesta del Medico Curante e la ricevuta del pagamento ticket per:

• VISITA ORTOPEDICA

• _____
• _____

Presidio Ospedaliero S. Paolo
ASL BA/4 Cod. Reg. 100144
Dott. Angelo RENNA
Dirigente 1° Livello
II° Divisione Ortopedia
Specialista in Ortopedia

23363/1^a Sed.

PASCAZIO

Avviso di ricevimento



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro

11997329876

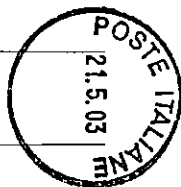
0

Numero

MODUGNC

Data di spedizione 20 MAG. 2003

Dall'ufficio postale di



Destinatario

Sed. G. I. N. A. I. L. BARI/1

Via

Lungomare Trieste, 29

C.A.P.

Località

70100 BARI

**CONSEGNA
EFFETTUATA**

IL 21 MAG. 2003

Firma per esteso del ricevente

(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

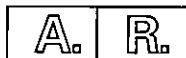
Bollo dell'ufficio
di distribuzione

ART. 33 D.M. 09.04.01:

• Inviati multipli a un unico destinatario

• Sottoscrizione rifiutata

Posteitaliane



Avviso di ricevimento
Mod. 23-I/O Cod. W8401E

Da restituire a

Via

Al Signor Sindaco di

70026 MODUGNO (BA)

C.A.P.

Località

Provincia



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

A.R.

COPIA
ANTICIPATA VIA FAX
IL 24 APRILE 03

INAILCOM.02/LETPER03

I° SETTORE SEGRETERIA -AFFARI GENERALI- PERSONALE
SEZIONE PERSONALE

Prot. n° 0012810

Modugno, 24 APRILE 2003

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

B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro avvenuto il 23 aprile 2003 -
dipendente PASCAZIO DONATO - assunto a tempo determinato dal 27
marzo 2003 al 26 aprile 2003 con le mansioni di "AUTISTA SCUOLABUS".
(Trasmissione documentazione).

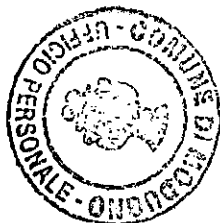
Si comunica che il dipendente, in oggetto generalizzo, ha
fatto pervenire in data 23 aprile 2003, certificazione dell'Ospedale
S. Paolo - Servizio di pronto soccorso, attestante l'infortunio sul
lavoro avvenuto il 23 aprile 2003 alle ore 07,20.

Pertanto, si trasmette la seguente documentazione:

- Denuncia di infortunio su modello INAIL;
- Copia certificato del pronto soccorso "Ospedale S. Paolo";
- Richiesta di visita medica e certificazione su mod. INAIL;
- Dichiarazione dell'accaduto a firma della dipendente.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Si coglie l'occasione, per inviare distinti saluti.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

ISTRUTTORE DIRETTIVO
Dott. Giorgio BERARDI

Beri

ALL'UFFICIO PERSONALE
DEL CAVALIERE DI MODUGNO

AL SINDACO DOTT. PAOLO RAVA

ALL'ASSESSORE SERVIZI SOCIALI

LORO SEDI

Il sottoscritto DONATO PASCAZIO nato a Modugno il 27/09/65 e residente a Modugno in via Maranda 16, dipendente del Comune di Modugno con contratto a tempo determinato e con le mansioni di AUTISTA DI SCUOLABUS

DICHIARA

che in data 23/04/2003 alle ore 7.20, durante il servizio, si trovava all'interno del cortile della scuola E.De Amicis, dove i mezzi sono ricoverati e che mentre scendeva dal pullman cadeva scivolando sul gradino dello stesso pullman.

Dopo la caduta riprendeva regolarmente il servizio ma in presenza di un dolore insistente all'arto si recava al Pronto Soccorso del "Presidio Ospedaliero San Paolo" dove veniva refertata una lesione alla spalla destra, come si evince da referto allegato.

Al momento della caduta era presente il collega Sig. Francesco Acquafredda, anche lui in servizio presso il Comune di Modugno.

Modugno 24/04/03

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0019719

24 APR. 2003

Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

In fede
Donato Pascazio

Donato Pascazio

Francesco Acquafredda

A.S.L. BA/4
"PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO"
70123 BARI

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 23/04/2003 ORA: 11:41 PRESTAZIONE: 20/ 11019

COD.SAN.PERS.: 00402368701 COD.FISC.: PSCDNT65P27F262B
COGNOME NOME : PASCAZIO/DONATO TEL.
NATO A: MODUGNO IL 27/09/1965
RESIDENTE A ..: MODUGNO VIA: VIA MARANDA, 16

ANAMNESI:

CADEVA MENTRE SCENDEVA DAL PULMAN DEL COMUNE

DATI CLINICI:

LIMITAZIONE FUNZIONALE SPALLA DX DOLORE IN CORRISPONDENZA DELL'OMERO

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

TRAUMA CONTUSIVO SPALLA DX

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

INFRAZIONE TROCHITE OMERALE DX

PRESTAZIONI: VISITA INTERNISTICA

RX + ORTOPEDIA: BENDAGGIO DESAULT VEDI PRESCRIZIONI

TERAPIE:

IMMUNOPROF. ATT.:

IMMUNOPROF. PAS.:

E S A M I : RADIOLOGIA. ORTOPEDIA

PRESCRIZIONI:

CLAREMA R1 CP AL DI' PER 20 GG

CONTROLLO CLINICO DAL MEDICO CURANTE

CAUSA: INFORTUNIO LAVORO INAIL INDST.

PROGNOSI: GIORNI 25 S.C.

07:30 COMUNE DI MODUGNO

REFERTO A.G. /

RIFIUTO :

FIRMA DEL PAZIENTE :

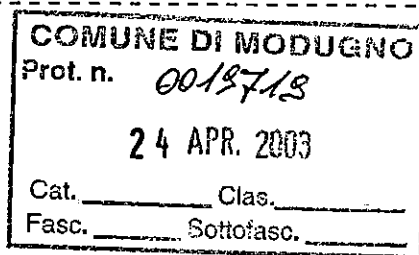
CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS. 23/04/2003 13:59

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA
MAGGI VALERIA



INAIL - VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE 6578871

APPORRE ETICHETTA NUMERO PROTOCOLLO

CASO IND AGR

RISERVATO INAIL SE NON E' IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo

Cognome PASCARIZIO Nome DONARO Sesso M/F 1

Nato a (Comune) MODUGNO GG 24 MM 10 AA 03

Residente a (Comune) MODUGNO Prov. BA CAP 70016

Indirizzo (via, piazza, ecc.) VIA I. MARCONI in (Comune) Modugno

COD. ISTAT COD. USL l'evento e avvenuto il 23/04/03

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio Caduta mentre scendeva dal finestrino del camion

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

Posizione assicurativa e cod. controllo Ragione sociale Comune di Modugno

Indirizzo CAP COMUNE Prov.

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri Data e firma dell'infortunato 23.04.03, r. Donato Pascari

CERTIFICATO MEDICO 6578871 PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) PASCARIZIO DONARO Codice fiscale

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il 23/04/03 alle ore

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI l'lesione l'arto superiore destro

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI R - + asfissia

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

per giorni 15 riprende lavoro il 12/05/03 pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO Bendaggio Dressing

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE ricovero ospedaliero NO SI se SI, presso esami specialistici

Codice del medico o del presidio sanitario 16015 Luogo e data del rilascio 23.04.03 Ber

COMUNE DI MODUGNO Prot. n. 0018719 24 APR. 2003 Cat. Clas. Fasc. Sottofasc.

Cod. INAIL A.U.S.L. BA/4 902031 Presidio Ospedaliero Modugno per favore con firmare questa zona PRONTO SOCCORSO Dr.ssa Valeria MAGGI

Si tratta di ricaduta? NO SI eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO NO SI DATA FIRMA TIMBRO DI ARRIVO

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

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

DURANTE IL SERVIZIO, SI TROVAVA ALL'INTERNO DEL CORTILE DELLA SCUOLA "E. DE AMICIS" DOVE I MEZZI SONO RICOVERATI, MENTRE SCENDEVA DAL PULMAN A CADEVA SCIVOLANDO SULLA GRADINATA DELLO STESSO PULMAN.

SUE GRADINO DELLO S
a) FORMA o modalità dell'infortunio (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15		colpito da	32	schiacciato 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)

seque AGENTE materiale

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

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

e) ALTEZZA dell'agente

COGNOME, NOME E DOMICILIO

ACQUAFREDDA FRANCESCO NATO A MODUGNO VL 20/07/1961 RES. A
MODUGNO IN VIA MARIO MANIZZI, 47.

DATA PRIMA VISITA _____ PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA _____

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

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

1 RILEVI 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 E DRAGIA: LIBE

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

ORE SETTING

RETRIS CON ENZ CRABRIA

DATA `require('fs').readFile('data', 'utf8', function(err, data) {`

FISMA 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. L. N. 112/65

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

DATA 24 APRILE 2003

பெரிய

ISTRUTTORE DIRETTIVO
Dott. Gianluigi BERARDI

COMUNE DI MODUGNO**Prot. n.**

24 APR. 2003

Cat. _____ Clas. _____

Fasc. _____ Sottofasc. _____

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

6546455



COMUNE DI MODUGNO

Ancitel

PROVINCIA DI BARI
SERVIZI PER I GOVERNI LOCALI

PROFILE

PROFILE

Anci Risponde

[Ricerca semplice](#) | [Ricerca avanzata](#) | [Ricerca i propri quesiti](#) | [Invia un quesito](#) | [I quesiti di oggi](#) | [I quesiti di ieri](#)

Quesito

Data	Area Tematica	Argomenti	Riferimento Legislativo
21-03-2001	PERSONALE E ORGANIZZAZIONE	PERSONALE, TEMPORANEI, INFORTUNI	
Quesito:			
A seguito di incidente sul lavoro da parte di Operaio Generico a Tempo Determinato con contratto per n. 30 giorni, tenuto conto che l' infortunio dello stesso si protrarrà oltre la scadenza del contratto si chiede se l'Amministrazione deve provvedere, comunque, ad erogare all'interessato l'intera retribuzione, comprensiva di assegni per il nucleo familiare, a cadenza mensile fino alla chiusura della pratica con l'I.N.A.I.L..			
Risposta:			
Nel caso di un operaio, con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di durata di 30 gg. che abbia subito un infortunio sul lavoro, tenuto conto che l' infortunio si protrarrà oltre la scadenza del contratto stesso, l'Amministrazione non dovrà comunque provvedere a corrispondere l'intera retribuzione all'interessato, comprensiva degli assegni per il nucleo familiare, ma dovrà essere l'INAIL a corrispondergli gli emolumenti dovuti, nella misura prevista dalle vigenti disposizioni in materia, in quanto codesto Comune avrà provveduto ad inoltrare la denuncia al predetto istituto al momento dell' infortunio .			

[Torna al risultato della ricerca](#)



PARERISTICA

Il servizio per la richiesta di pareri legali

Per commenti o suggerimenti scrivere al
Responsabile del servizio

RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 24/04/2003 17:24

DATA,ORA
FAX N./NOME
DURATA
PAGINE
RESULT
MOD0

24/04 17:22
0805436233
00:02:19
06
OK
STANDARD
ECM

19810 / 1 set
Avviso di ricevimento



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro _____

11997329529

8

Numero

MODUGNO

Data di spedizione 28 APR. 2003

Dall'ufficio postale di

Destinatario

Via

C.A.P.

Località

CONSEGNA
EFFETTUATA

IL 29 APR. 2003

BARILE

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

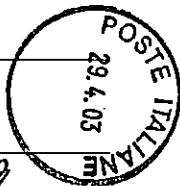
Bollo dell'ufficio
di distribuzione

ART. 33. D.M. 09.04.01

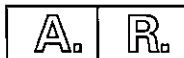


Consegna effettuata ai sensi dell'art. 33 D.M. 09.04.01:

- Invii multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata



Posteitaliane



Avviso di ricevimento
Mod. 23-I/O Cod. W8401E

Da restituire a

Via

Al Signor Sindaco di

C.A.P.

Località

70026 MODUGNO (BA)

Provincia