

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	43556
19 AGO. 2008	
Cat. _____	Clas. _____
Faso. _____	Sottofasc. _____

All'Ufficio Personale
COMUNE DI MODUGNO
Piazza del Popolo 16
70026 MODUGNO - BA -

Oggetto: Istanza di riconoscimento dipendenza da causa di servizio e contestuale richiesta di concessione dell'equo indennizzo.

– D.P.R. N. 461 del 29/10/2001 –

Il sottoscritto Michele CRAMAROSSA, nato a Modugno (Ba) il 05 ottobre 1976, assunto in data 10 aprile 2000 con la qualifica di Agente di Polizia Municipale, ed a tutt'oggi in forza presso il Comando di Polizia Municipale, con la presente

CHIEDE

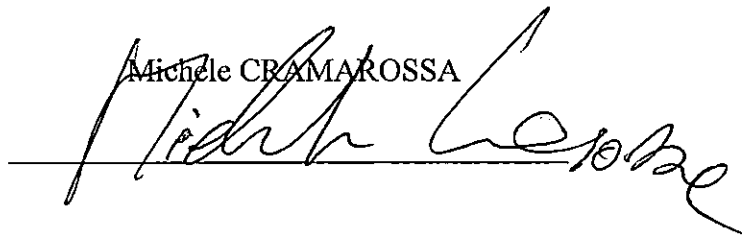
Che l'infermità "*IPOVISIONE IN OS CON VISUS CORRETTO < 1/10*", venga **riconosciuta dipendente da causa di servizio, e contestualmente chiede l'eventuale concessione dell'equo indennizzo**. Giova precisare che sono in corso ulteriori accertamenti per verificare l'esatta entità del danno subito su espressa richiesta del medico competente INAIL. Sarà cura del sottoscritto integrare la presente domanda con gli ulteriori referti medici al fine di una corretta valutazione del danno.

Tale infermità è da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato dal momento che: lo scrivente, subiva tale danno a seguito di infortunio sul lavoro avvenuto in data 30/05/2008 causato da un'aggressione in servizio.

Si allega la presente certificazione medica: verbale di pronto soccorso e certificati medici INAIL.

Modugno, lì 19 agosto 2008

Michele CRAMAROSSA





REGIONE PUGLIA
**Azienda Ospedaliera
Policlinico Bari**

Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

Direttore: Prof. LUIGI MARIO ADDANTE

Verbale di Pronto Soccorso N° 2008039260

Cognome: GRAMAROSSA

Nome: MICHELE

di Sesso: M

Nato il: 05/10/1976

a: MODUGNO

Prov.:

Residente a: MODUGNO

Prov.:

Indirizzo: VIA SOLFERINO,9

Tessera sanitaria:

Codice Fiscale: CRMMHL76R05F262P

Modalità di arrivo: A.D. (ARRIVO DIRETTO)

Motivazione: VIOLENZA ALTRUI

data

ora

Luogo dove è avvenuto l'evento:

Accompagnatore:

Data Visita: 30/05/2008 23:59

Codice di Urgenza: CODICE VERDE

Ambulatorio: AMBULATORIO 1

Dati anamnestici AGGRESSIONE IN SERVIZIO PZ GIÀ TRATTATO IN PS OCULISTICO E DIMESSO CON DIAGNOSI DI
CONTUSIONE BULBARE IN OO.SI PRESENTA IN PS PER STATO ANSIOSO REATTIVO

Es. Obiettivo: SVEGLIO COSCIENTE ORIENTATO NON DEFICIT NEUROLOGICI ES NEUROLOGICO NEGATIVO

Terapia effettuata: già vaccinato ATT ☐ vaccino antitetanico ☐ Ig. antitetanica U.I. ☐

Prestazioni

30/05/2008 23:59

- VISITA DI PRONTO SOCCORSO

Data Rilevazione	Parametro	Valore
30/05/2008 23:43	PRESSIONE MASSIMA	133
	PRESSIONE MINIMA	90
	FREQUENZA CARDIACA	120 R
	SATURIMETRIA	100

COMUNE DI MODUGNO

VII Settore - Polizia Municipale

Prot. N. 0029017

- 3 GIU 2008

Cat. Clas.

Fasc. Sottofasc.

Note:

Esito: DIMESSO

Reparto Ricovero:

Giorni Prognosi: #8# s.c. Prognosi Riservata:

Trasferito a:

Accesso soggetto a pagamento ticket: Si ☐ No ☒

Consigli terapeutici:

Diagnosi: CONTUSIONE ESCORIATA REG ZIGOMATICA SIN, CONTUSINE BULBARE IN OO, REAZIONE ANSIOSA

Radiografie consegnate all'utente: Firma

Data di Uscita: 31/05/2008 00:01

Il Medico: MAZZARELLA ANTONIO

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

JADRO
A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____

Nato a (Comune) _____ GG _____ MM _____ AA _____ Prov. _____

Residente a (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ Numero Civico _____

COD. ISTAT _____ COD. USL _____ l'evento è avvenuto il _____ GG _____ MM _____ AA _____ in (Comune) _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

RISERVATO
AL DATORE
DI 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 _____ Regione sociale _____

Indirizzo _____ CAP _____ COMUNE _____

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. _____

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbro _____ Data e firma dell'infortunato _____

Cat _____ Clas _____
Fasc _____ Sottofasc _____

QUADRO
B

CERTIFICATO MEDICO 3531115 PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☒ DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) CHIAPOSA MICHELE Codice fiscale CRFKHL76R05F262

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il 30 / 05 / 08 alle ore 22 00

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI _____

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI Contusione del bulbo oculare sinistro

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI Vista Oculista

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni 10 riprende lavoro il 10 / 06 / 08 pericolo di vita NO ☐ SI ☐ si presume invalidità permanent NO ☐ SI ☐

OSSERVAZIONI DEL MEDICO il pz. lamenta dolore retrobulbare no a i.p.u. n.r.

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero ☒ NO ☐ SI ☐ se SI, presso _____
esami specialistici Complice Visita Oculistica di controllo

Codice del medico o del presidio sanitario 66125 Luogo e data del rilascio MODUGNO 7. 6. 2008

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO
Per i medici autorizzati da questa zona
1.4093.6 AUSL BA 4
Stradella Pizzata di Ciana, 3
MODUGNO (BA)

RISERVATO
AL MEDICO

QUADRO
C

Si tratta di ricaduta? NO ☐ SI ☐ eventuali osservazioni _____

VISTO DEL MEDICO NO ☐ SI ☐ DATA _____ FIRMA _____

TIMBRE DI ARRIVO

RISERVATO
INAIL

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

Cognome _____ **Nome** _____

Nato a (Comune) _____ **GG** _____ **MM** _____ **AA** _____ **Prov.** _____

Residente a (Comune) _____ **Prov.** _____ **CAP** _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ **Numero Civico** _____

COD. ISTAT _____ **COD. USL** _____ **GG** _____ **MM** _____ **AA** _____ **in (Comune)** _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

RISERVATO
AL DATORE
DI 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

Ragione sociale

Indirizzo

CAP

COMUNE

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 3432

Prov.

17 GIU 2008

Data e firma dell'infortunato

Cat _____ Clas _____

Fasc. _____ Sottofasc. _____

QUADRO
B

CERTIFICATO MEDICO

3531116 PRIMO ☐

CONTINUATIVO ☒

DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome)

CRAIG ROSA M. CHELE

Codice fiscale

CRMMLLF6RO5F26

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il

GG 30 / MM 05 / AA 08

alle ore 22.00

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

Contusa alla parte anteriore
del capo con lacerazione della cute.

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

Visione oculare

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

per giorni 20

riprende lavoro il

GG 07 / MM 07 / AA 08

pericolo di vita ☒ NO ☒ SI ☒

si presume invalidità permanent ☒ NO ☒ SI ☐

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Il pz. presenta lesione oculare con lacerazione ed ipovisione.

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero

☒ NO ☐ SI

se SI, presso

esami specialistici

in corso di cura oculistica al centro di Modugno.

Codice del medico o del presidio sanitario

66125

Luogo e data del rilascio

MODUGNO BA 17.6.2008

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Per lavoro non usuale in questa zona
Siradella Privata di Cratula
MODUGNO (BA)

Raffaele W. S. M.

QUADRO
C

Si tratta di ricaduta?

NO ☐

SI ☐

eventuali osservazioni

Visto
17/06/08

VISTO DEL MEDICO

NO ☐

SI ☐

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO

RISERVATO
INAIL

Sede: BARI

Data: 4/7/2008

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0035624
- 7 LUG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sortofasc.

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato CRAMAROSSA MICHELE

Luogo e data di nascita MODUGNO - 05/10/1976

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. 30/05/2008

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal 04/07/2008 fino al 07/07/2008

Lo Specialista in Ortopedia
DOTT. SALVATORE CHIRIANNI

Sede: BARI

Data: 7/7/2008

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0035723
- 7 LUG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Scatofasc.

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

Assicurato CRAMAROSSA MICHELE

Luogo e data di nascita MODUGNO - 05/10/1976

Codice ASL BA104

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo DEL POPOLO 16 70026 MODUGNO BA

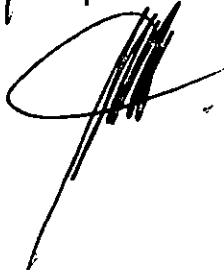
Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 30/05/2008

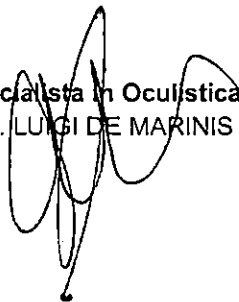
Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal 07/07/2008 fino al 17/07/2008

Lo Specialista in Oculistica
DOTT. LUIGI DE MARINIS

1.5 To
07/07/08




Sede: BARI

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore Polizia Municipale	
Prot. N.	38138
18 LUG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sortita: G.

Data: 17/7/2008

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

Assicurato CRAMAROSSA MICHELE

Luogo e data di nascita MODUGNO - 05/10/1976

Codice ASL BA104

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo DEL POPOLO 16 70026 MODUGNO BA

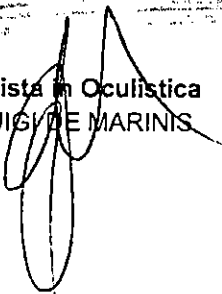
Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 30/05/2008

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

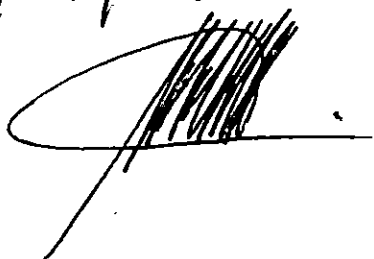
Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal 17/07/2008 fino al 31/07/2008

Lo Specialista in Oculistica
DOTT. LUIGI DE MARINIS



Visto
17/07/08



0040495

Sede: BARI

Infortunio N. 508263385

Caf

Esco

Data: 31/7/2008

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato CRAMAROSSA MICHELE

Luogo e data di nascita MODUGNO - 05/10/1976

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. 30/05/2008

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

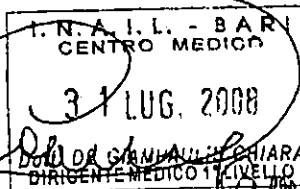
Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - è cessata e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 04/08/2008

Lo Specialista in Oculistica
DOTT. LUIGI DE MARINIS

*All'attenzione del medico competente per l'idoneità
a lavoro specifico.*

VISTO 31/07/2008 ore 13.00





COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

I° SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
SERVIZIO PERSONALE

IL DIRIGENTE

Esaminati gli atti d'ufficio:

C E R T I F I C A

- che il sig. CRAMAROSSA Michele nato a Modugno il 05.10.1976 e ivi residente in via Solferino n.9 è alle dipendenze di questo Ente dal 10.04.2000 con il profilo professionale di "Operatore di Polizia Municipale" cat.C;
- che il sig.Cramarossa ha usufruito di un periodo di aspettativa per servizio militare dal 16/04/2003 all'11/02/2004.

MODUGNO, 20 agosto 2008.

Il Dirigente I Settore
Dott.ssa Beatrice MAGGIO





COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

To Ru

1° SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. <i>43787</i>	
20 AGO. 2008	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Modugno, 20 agosto 2008

AL DIRIGENTE VII SETTORE
Magg.Nicola Del Zotti

S E D E

Oggetto: Dipendente sig.Cramarossa Michele.

Si trasmette in allegato copia dell'istanza del dipendente in oggetto, con invito a predisporre dettagliato rapporto informativo inerente l'attività svolta dallo stesso, dalla data di assunzione a tutt'oggi.



IL DIRIGENTE I SETTORE
dr.ssa Beatrice Maggio

Beatrice Maggio



COMUNE DI MODUGNO
(Provincia di Bari)
VII Settore - Polizia Municipale

Prot. n. 43787/44116

Modugno, li 12/09/2008

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	<i>0048536</i>
12 SET 2008	
Cat.	Cias.
Fasc.	Sottofasc.

Al Funzionario
D.ssa Beatrice Maggio
SEDE

Oggetto: Dipendente Cramarossa Michele.

In riferimento alle note prot. n. 43787 del 21/08/2008 e prot. n. 44116 del 22/08/2008, si comunica che il dipendente con qualifica di Operatore di Polizia Municipale Cramarossa Michele, dalla data di assunzione a tutt'oggi, escludendo i periodi di distacco presso l'Ufficio di Ragioneria ed il periodo di distacco presso altro Ente, a turno con altri pari qualifica, ha svolto i normali servizi d'Istituto, come vigile motociclista e vigile appiedato.

Tanto si comunica per dovere di Ufficio.

II DIRIGENTE VII SETTORE
COMANDANTE DELLA P.M.
(Magg. Nicola Del Zotti)



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

top

1° SETTORE SEGRETERIA - AA. GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>61717</i>
19 SET. 2008	
Cat. _____	Clas _____
Fasc. _____	Sottofasc _____

Modugno, 18 settembre 2008

Alla Commissione Medica di Verifica
Causa di Servizio e Inabilità
Corso A. De Gasperi n.423
Presso Ospedale Militare
70125 BARI

e p.c. Al sig. CRAMAROSSA Michele
via Solferino, n.9
70026 MODUGNO (BA)

Oggetto: Dipendenza infermità da causa di servizio - D.P.R. n.461/2001. Dipendente Cramarossa Michele, n.Modugno il 5.10.1976, ivi residente in via Solferino, n.9.

Si trasmettono, in allegato, per quanto di competenza, i seguenti atti:

- 1) Domanda del dipendente.
- 2) Rapporto informativo.
- 3) Pratica medico-legale in duplice copia.
- 4) Copie certificati medici.
- 5) Stato di servizio.

IL DIRIGENTE I SETTORE
dr.ssa Beatrice Maggio





COMUNE DI MODUGNO
(Provincia di Bari)
VII Settore - Polizia Municipale

Prot. n. 43787/44116

Modugno, li 12/09/2008

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0048536
12 SET 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Al Funzionario
D.ssa Beatrice Maggio
SEDE

Oggetto: Dipendente Cramarossa Michele.

In riferimento alle note prot. n. 43787 del 21/08/2008 e prot. n. 44116 del 22/08/2008, si comunica che il dipendente con qualifica di Operatore di Polizia Municipale Cramarossa Michele, dalla data di assunzione a tutt'oggi, escludendo i periodi di distacco presso l'Ufficio di Ragioneria ed il periodo di distacco presso altro Ente, a turno con altri pari qualifica, ha svolto i normali servizi d'Istituto, come vigile motociclista e vigile appiedato.

Tanto si comunica per dovere di Ufficio.

II DIRIGENTE VII SETTORE
COMANDANTE DELLA P.M.
(Magg. Nicola Del Zotti)