



Roma, 08 giugno 2010

Ministero dell'Economia e delle Finanze
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE GENERALE
DEL PERSONALE E DEI SERVIZI DEL TESORO
Direzione Centrale degli Uffici Locali e dei Servizi del Tesoro
Ufficio di Segreteria del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio
00162 ROMA - Via Rodolfo Lanciani, 11

Al COMUNE di MODUGNO
COMUNE

Prot. n. _____ Allegati _____

UPP/3/21672 N° 1 Fasc.
OGGETTO: _____

Parere emesso dal Comitato di Verifica Cause di Servizio

Si trasmette n° 1 parere emesso da questo Comitato per la Verifica delle Cause di Servizio, relativo a:

1) Pos.N°. 6351/2010 CRAMAROSSA MICHELE

IL DIRIGENTE

COMUNE DI MODUGNO
Prot. N. 33149

23 GIU 2010

Cat. Cize.
Fasc. Sottofasc.



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE COMITATO DI VERIFICA PER LE CAUSE DI SERVIZIO

LA SEZIONE

presieduta dal dott. PRES. SEZ. CORTE DEI CONTI EDOARDO ANDREUCCI e composta altresì da: dott. DIRIGENTE ALBERTO ADAMI, dott. DIRIGENTE FRANCA FRANCHI, dott. COLONNELLO MEDICO GIUSEPPE DE DONA, dott. DIRIGENTE SUPERIORE MEDICO ROBERTO SANTORSA; con l'assistenza del Segretario dott. MARIA GABRIELLA TOMASELLO

VISTA la richiesta di parere pervenuta il 09/03/2010 dal COMUNE di MODUGNO relativa alla valutazione della sussistenza della dipendenza da causa di servizio del quadro morboso diagnosticato al Signor CRAMAROSSA MICHELE, nato il 05/10/1976, VIGILE URBANO;

VISTI in particolare: il D.P.R. 29/10/2001, n. 461, l'art. 58 D.P.R. 3/5/1957, n. 686 e l'art. 64 D.P.R. 29/12/1973, n. 1092;

UDITO il Relatore dott. ADAMI e sentito il Collegio;

PRESO ATTO del processo verbale n° 403 del 02/11/2009 della Commissione Medica Ospedaliera di BARI ed esaminati tutti gli atti;

CONSIDERATO: - che l'infermità: " Pregresso trauma corneale " PUO' RICONOSCERSI DIPENDENTE DA FATTI DI SERVIZIO, in quanto la lesione è conseguente a traumatismo avvenuto durante il servizio, nello svolgimento di attività ricollegabili ai propri compiti, in assenza di elementi o condizioni riferibili a dolo o colpa grave;

- che l'infermità: " Cheratocono (VC=1/10) " NON PUO' RICONOSCERSI DIPENDENTE DA FATTI DI SERVIZIO, trattandosi di anomalia congenita che verosimilmente influisce sull'attività enzimatica degradativa del collagene della cornea, la quale va incontro ad un progressivo assottigliamento e sfiancamento, sull'insorgenza e decorso della quale il servizio non può aver influito in alcun modo, neppure sotto il profilo concausale efficiente e determinante.

- che l'infermità: " Piccole bronchiectasie dei lobo polmonari inferiori in pregresso processo flogistico del lobo superiore dx con prove di funzionalità respiratoria nei limiti della norma " NON PUO' RICONOSCERSI DIPENDENTE DA FATTI DI SERVIZIO, in quanto non risultano sussistere nel tipo di prestazioni di lavoro rese disagi e strapazzi di particolare intensità, né elementi di eccezionale gravità, che abbiano potuto prevalere sui fattori individuali, almeno sotto il profilo concausale efficiente e determinante, tenuto conto della peculiare natura della patologia di cui trattasi.

Quanto sopra dopo aver esaminato e valutato, senza tralasciarne alcuno, tutti gli elementi connessi con lo svolgimento del servizio da parte del dipendente e tutti i precedenti di servizio risultanti dagli atti;

DELIBERA

di esprimere il chiesto parere nel senso indicato in parte motiva.
In Roma, nell'adunanza n. 246/2010 del 03/06/2010.

IL PRESIDENTE
ANDREUCCI

IL SEGRETARIO
TOMASELLO

IL RELATORE-ESTENSORE
ADAMI

COMUNE DI MODUGNO

Il sottoscritto Messo Notificatore Com. l. Chiorrossa dichiara di aver
notificato copia del presente atto al Sig. Richetta
mediante consegna di una copia nelle mani
di Richetta
Modugno, li 15/7/20
per RICEVUTA.



IL MESSO NOTIFICATORE
Domenico ACCETTURA

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	43556
19 AGO. 2008	
Gat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	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

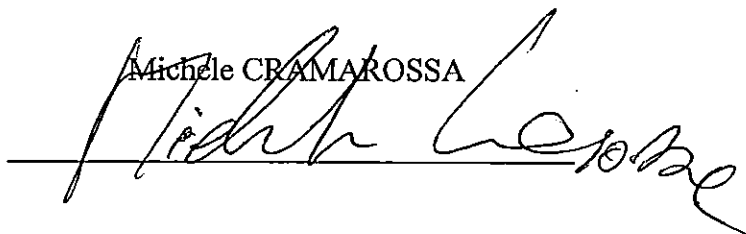
Che l'infermità "IPOVISIONE IN OS CON VISUS CORRETTO < 1/10", venga **riconosciuta dipendente da causa di servizio, e contestualmente chiede l'eventuale concessione dell'equo indennizzo.** Giova precisare che sono in corso ulteriori accertamenti per verificare l'esatta entità del danno subito su espressa 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



COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	007186
- 9 FEB 2010	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

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

Oggetto: Richiesta di concessione dell'equo indennizzo.

— **D.P.R. N. 461 DEL 29/10/2001** —

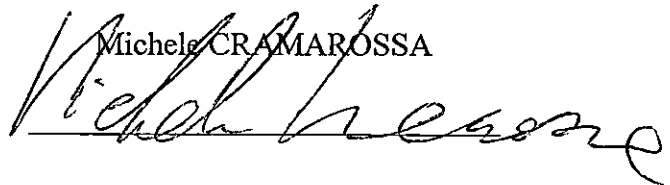
Il sottoscritto Michele CRAMAROSSA, nato a Modugno (Ba) il 05 ottobre 1976, assunto in data 10 aprile 2000 con la qualifica di Agente di Polizia Municipale, ed a tutt'oggi in forza presso il Comando di Polizia Municipale, con la presente

CHIEDE

La concessione dell'equo indennizzo relativamente alle infermità riconosciute dalla Commissione Medica di Verifica di Bari, giusto verbale **BL-B N° 403 del 02/11/2009**.

Modugno, li 09/02/2010

Michele CRAMAROSSA





COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

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

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 2917	Servizio Personale
- 3 GIU. 2008	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Prot.

Modugno, 03 giugno 2008

PRACON DATA A/R

Spett.le INAIL BARI/1
Lungomare Trieste n° 29
70100 BARI

Oggetto: Infortunio sul lavoro - dipendente Sig. CRAMAROSSA MICHELE - nato a Modugno (BA) il 05/10/1976 e residente a Modugno in via Solferino, n.09 - Avvenuto venerdì 30 maggio 2008 alle ore 23,59 circa.

Si comunica che, il dipendente in oggetto generalizzato, ha fatto pervenire in data 03 giugno 2008 prot.n.29017, certificazione del pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Bari" attestante l'infortunio sul lavoro.

Si allega in copia la seguente documentazione:

- certificato medico rilasciato dal pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Bari" contenente la prognosi di 08 (otto) giorni.

Seguirà denuncia di infortunio sul lavoro con modulistica in uso INAIL ed eventuale ulteriore certificazione.

Distinti saluti.

p. IL DIRIGENTE I SETTORE t.a.



ISTRUTTORE DIRETTIVO
Dott. *Giuseppe BERARDI*



Verbale di Pronto Soccorso N° 2008039260

Cognome: CRAMAROSSA **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

Luogo dove è avvenuto l'evento :

data **ora**

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
30/05/2008 23:43

Parametro

Valore

PRESSIONE MASSIMA

133

PRESSIONE MINIMA

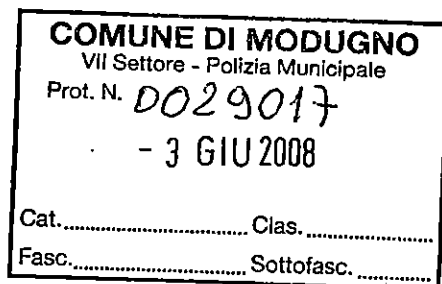
90

FREQUENZA CARDIACA

120 R

SATURIMETRIA

100



Note :

Esito: DIMESSO

Giorni Prognosi: #8# s.c.

Prognosi Riservata:

Reparto Ricovero:

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

CONFERMA TX

DATA : 3-GIU-2008 MAR 10:08
NOME : COMUNE MODUGNO+PERSONALE
TEL : 0805865262

TELEFONO : 00805436233
PAGINE : 2/2
ORA DI INIZIO : 3-GIU 10:07
DURATA : 00' 40"
MODO : ECM
ESITO : OK
PAGINE ILLEGGIBILI :

PRIMA PAGINA DELL'ULTIMO DOCUMENTO TRASMESSO...



COMUNE DI MODUGNO PROVINCIA DI BARI

I SETTORE SEGRETERIA - RAGG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
Servizio Personale

Prot. n. 29017
-3 GIU. 2008
Cat. _____ Clan _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

Prot.

Modugno, 03 giugno 2008

Spett.le INAIL BARI/1
Lungomare Trieste n° 29
70100 BARI

Oggetto: Infortunio sul lavoro - dipendente Sig. CRAMAROSSA MICHELE - nato a Modugno (BA) il 05/10/1976 e residente a Modugno in via Solferino, n.09 - Avvenuto venerdì 30 maggio 2008 alle ore 23,59 circa.

Si comunica che, il dipendente in oggetto generalizzato, ha fatto pervenire in data 03 giugno 2008 prot.n.29017, certificazione del pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Bari" attestante l'infortunio sul lavoro.

Si allega in copia la seguente documentazione:

- certificato medico rilasciato dal pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico Bari" contenente la prognosi di 08 (otto) giorni.

Seguirà denuncia di infortunio sul lavoro con modulistica in uso INAIL ed eventuale ulteriore certificazione.

Distinti saluti.

p. IL DIRIGENTE I SETTORE t.a.

ISTRUTTORE DIRETTIVO
Dott. Gennaro BERARDI

COMUNE DI MODUGNO

Provincia di Bari

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

Prot.

Modugno, 12 febbraio 2010

RACCOMANDA

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>7p8p</i>
12 FEB. 2010	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

-Comitato di Verifica per le cause di servizio

-Ufficio di Segreteria
via R.Lanciani N.11

00162 ROMA

e p.c. Al Sig.CRAMAROSSA Michele
Via Solferino, n.9

70026 MODUGNO (BA)

Oggetto: **Concessione dell'equo indennizzo richiesto dal dipendente Cramarossa Michele, n.a Modugno il 5/10/1976, residente a Modugno in Via Solferino, n.9.**

Si trasmette per quanto di competenza, la domanda in duplice copia del sig.Cramarossa Michele, tendente ad ottenere la concessione dell'equo indennizzo, in conseguenza di quanto disposto dalla Commissione Medica di Verifica di Bari, con verbale Mod.BL/B n.403 del 2.11.2009, nonché tutta la relativa documentazione.



**IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO PERSONALE**
(Dr.ssa Beatrice MAGGIO)

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	007186
- 9 FEB 2010	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

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

Oggetto: Richiesta di concessione dell'equo indennizzo.

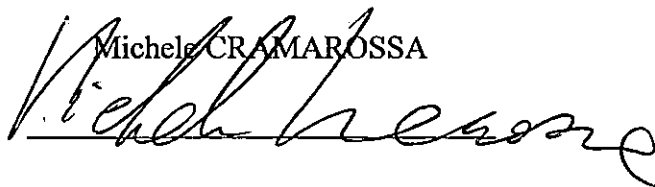
- **D.P.R. N. 461 DEL 29/10/2001** -

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

La concessione dell'equo indennizzo relativamente alle infermità riconosciute dalla Commissione Medica di Verifica di Bari, giusto verbale **BL-B N° 403 del 02/11/2009**.

Modugno, li 09/02/2010

Michele CRAMAROSSA




COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

REG. GEN. N. 3 / 2010

RIFERIMENTI

Proponente

SET01/DD/2010/19

Data di adozione

20/01/2010

Luogo di adozione

Sede dell'Ufficio di Settore

Data di esecutività

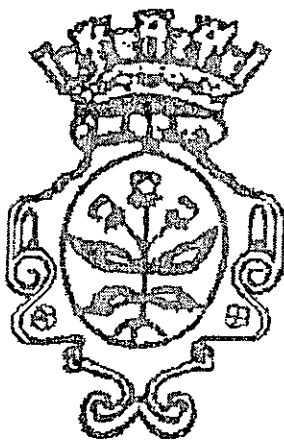
20/01/2010

Data di pubblicazione

dal
al

OGGETTO

Dipendente Cramarossa Michele. Presa d'atto del giudizio della Commissione Medica di Verifica di Bari.



Il Responsabile del procedimento

- Premesso che il sig. CRAMAROSSA Michele, nato a Modugno il 5/10/1976, residente a Modugno in via Solferino, n.9, dipendente da questa Amministrazione con il profilo professionale di "Agente di Polizia Municipale" inoltrò documentata istanza in data 18/08/2008, ai sensi dell'art.2 del D.P.R. n.461/2001, chiedendo la dipendenza da causa di servizio di alcune infermità, come da documentazione agli atti di Ufficio;
- Considerato che l'Ufficio del Personale, raccolti gli elementi, ha istruito la pratica, inviandola in data 19/09/2008 prot.n.49717, alla Commissione Medica di Verifica di Bari, per far sottoporre il dipendente succitato agli accertamenti sanitari previsti;
- Atteso che la Commissione Medica di Verifica di Bari, sulla scorta degli atti inviati da questa Amministrazione, ha emesso processo verbale mod.BL/B n.403 del 2/11/2009;
- Considerato, altresì che la Commissione Medica di Verifica, ai sensi dell'art.6 del DPR 461/2001, con il processo verbale di cui sopra n.403 del 2/11/2009, ha riconosciuto il sig. Cramarossa Michele "SI IDONEO ALLA QUALIFICA PROFESSIONALE D'APPARTENENZA, CONTROINDICAZIONI COME DA DISPOSIZIONE DEL MEDICO COMPETENTE DEL 10/10/2008"; per E.I. - ascrivibilità della menomazione complessiva dell'integrità fisica, psichica o sensoriale Tabella A cat.8^;
- Ritenuto di conformarsi al giudizio espresso dalla Commissione Medica di Verifica di Bari, giusta verbale mod.BL/B n.403 del 2/11/2009;
- Tutto innanzi premesso si sottopone all'attenzione di questa Dirigenza la presente determinazione ai fini della sua adozione.

Il Responsabile del procedimento

Pina Barano

Il Dirigente

- Letta e fatta propria la relazione che precede;

Visto:

- art.4 co.2 D.Lgs. 30/03/2001 n.165;
- art.107 D.Lgs. 18/08/2000 n.267;

D E T E R M I N A

- 1) Di prendere atto del giudizio della Commissione Medica di Verifica di Bari, espresso con verbale mod.BL/B n.403 del 2/11/2009, riportato integralmente in narrativa.
- 2) Di inoltrare al sig. Cramarossa Michele, copia del verbale della Commissione Medica di Verifica di Bari mod.BL/B n.403 del 2/11/2009.

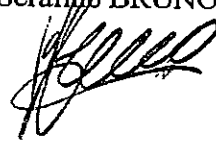


- 3) Di comunicare al succitato dipendente la presa d'atto da parte dell'Amministrazione del giudizio della C.M. di Verifica di Bari, per consentire allo stesso di inoltrare istanza entro sei mesi, di concessione dell'equo indennizzo giusta art.2 comma 6 del D.P.R. 29/10/2001 n.461.
- 4) Di inviare copia della presente determinazione alla Sezione Personale per quanto di competenza.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO:

Modugno, 20 gennaio 2010

Il Dirigente del I-V-VI Settore
Dott. Serafino BRUNO



COMUNE DI MODUGNO

Il sottoscritto Messo Notificatore Com. lo dichiara di aver
ricevuto copia del presente atto al sig. DRUSCO

RICIUTO mediante consegna di una copia nelle mani

di ALFIO

il 20/01/2010

per ACCETTAZIONE





COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

ATTESTAZIONE DI AFFISSIONE ALL'ALBO

IL SOTTOSCRITTO VISTI GLI ATTI D'UFFICIO

ATTESTA

CHE IL SEGUENTE ATTO:
Determina Dirigenziale n. 3

DATA DI REGISTRAZIONE:
28/01/2010

RIFERIMENTO INTERNO:
SET01/DD/2010/19

OGGETTO:
Dipendente Cramarossa Michele. Presa d'atto del giudizio della Commissione Medica di Verifica di Bari.



COME PRESCRITTO DALL'ART. 31 COMMA 2 DELLO STATUTO COMUNALE E' AFFISSO ALL'ALBO
PRETORIO COMUNALE PER 15 GIORNI DAL 28/01/2010 AL 12/02/2010

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE
ALBO-NOTIFICHE
Dott. Michele **VERELLI**

MODUGNO LI', 28/01/2010



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

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

IL DIRIGENTE

Esaminati gli atti d'ufficio:

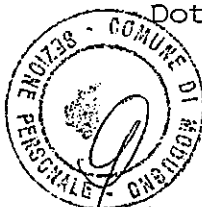
CERTIFICA

- 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





Ministero dell'Economia e delle Finanze
Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze
di Bari

COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA DI BARI

VERBALE MODELLO BL/B – N. 403 DATATO² 02/11/2009

A RICHIESTA di ^(a) COMUNE DI MODUGNO

CON LETTERA PROT. n. 49717 DATATA 18/09/2008

la sottoscritta Commissione si è riunita per eseguire gli accertamenti sanitari finalizzati a ³

RICONOSCIMENTO DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO

riguardanti ^(b) CRAMAROSSA MICHELE - DIPENDENTE

nato il 05/09/1976 a MODUGNO (BA)

documento di riconoscimento P.G. n. BA5004855Brilasciato da M.C.T.C.

in data 17/11/1995 appartenente al ^(c)

RIEPILOGO DELLE INFERMITA'/LESIONI GIA' GIUDICATE AI FINI DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO.....

[illegible]

AVVERTENZA: l'esplicitazione delle note con indicazione numerica è contenuta nelle Avvertenze generali allegate al decreto di cui all'art. 6, comma 13, del DPR n. 461/2001

a) Corpo, Ufficio o Ente appartenenza richiedente.

b) Cognome e nome, grado o qualifica.

c) Ente di appartenenza del dipendente.

ACCERTAMENTO SANITARIOiniziato in data ⁶ 13/02//2009^(d) NON è presente il medico di fiducia: Dott.iscrizione Ordine dei Medici n. ⁷

Provincia di

che ^(d)

ha formulato osservazioni.

DATI ANAMNESTICI: ⁸

Agente di polizia municipale in servizio presso il comune di Modugno, con istanza in atti del 19/08/08 chiede il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per le seguenti infermità:

- A) IPOVISIONE IN OS CON VISUS CORRETTO < 1/10 (VC OD = 10/10).
- B) BRONCHIECTASIE CILINDRICHE BILATERALI CON RIACUTIZZAZIONI PROCESSO INFIAMMATOARIO BRONCOPOLMONARE.

ESAME OBIETTIVO E ACCERTAMENTI CLINICI E STRUMENTALI(interni) ⁹

13/02/2009: si sospende il verbale con richiesta documentazione probatoria per l'infermità A).

Membro
Dott. Vito F. Calaprice

Presidente
Dott. Mario Ruggiero

Membro
Dott. Nicola Ciriello



02/11/2009: si riapre il verbale con acquisizione della documentazione richiesta.

Soggetto normotipo in buone condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione: altezza cm 176 peso kg.

85. Torace normocomformato, normo espansibile. FVT normotrasmeso. Murmure vescicolare fisiologico su tutto l'ambito.

ACCERTAMENTI CLINICI E STRUMENTALI(esterni) ¹⁰

- 1) Referto del P.S. del Policlinico di Bari del 31/05/08: contusione escoriata regione zigomatica sinistra, contusione bulbare in OO, reazione ansiosa.
- 2) RX torace dello studio Raggi X di Modugno del 29/04/08: accentuazione diffusa del disegno vascolo-bronchiale polmonare. Nel lobo superiore di destra, in sede anteriore, si segnala addensamento parenchimale a delimitazione scissurale, verosimilmente riferibile a processo flogistico. Liberi i seni costo frenici. Cuore nei limiti.
- 3) TAC torace della ASL/BA del 21/05/08: presenza di piccole bronchi ectasie cilindriche con ispessimento peribronchiale più evidenti a carico dei lobi inferiori, dove si segnala modesto "air trapping" alle scansioni post-espiratorie. Assenza di lesioni focali a carico di entrambi i polmoni e di versamento pleurico libero d'ambo i lati. Normalmente rappresentato e distribuito il disegno vascolare polmonare. Cuore, arta e grossi vasi epiaortici come di norma.
- 4) Prove di funzionalità respiratoria del P.O. San Paolo di Bari del 27/05/08: spirometria pressochè nella norma.
- 5) Visita periodica del 04/08/08: idoneo con le seguenti limitazioni: con sospensione dalla guida dei mezzi di servizio.
- 6) Visita periodica del 10/10/08: idoneo con le seguenti limitazioni: con sospensione della guida dei mezzi di servizio in via definitiva.
- 7) Visita oculistica del dott. Attilio Motola del 30/11/04: corioretinosi miopica. Aree degenerative periferiche.

GIUDIZIO DIAGNOSTICO ¹¹

- A) CHERATOCONO IN OS IN BULBO CON PREGRESSO TRAUMA CORNEALE (VC= 1/10).
 B) PICCOLE BRONCHIECTASIE DEI LOBO POLMONARI INFERIORI IN PREGRESSO PROCESSO FLOGISTICO DEL LOBO SUPERIORE DESTRO CON PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA NEI LIMITI DELLA NORMA.

QUADRO A: GIUDIZI E/O CONSIDERAZIONI SULL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO MEDICO-LEGALE DI INFERMITÀ/LESIONI AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO. ¹²

A) data di conoscibilità della patologia, ^(f) Corrisponde alla infermità/lesione oggetto di accertamento

13 VEDI ISTANZA INTERESSATO

^(f) sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n. _____ del riepilogo.

B) data di conoscibilità della patologia, ^(f) Corrisponde alla infermità/lesione oggetto di accertamento:

13 VEDI ISTANZA INTERESSATO

^(f) sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l' infermità/lesione di cui al n. _____ del riepilogo.

C) data di conoscibilità della patologia, ^(f) Corrisponde alla infermità/lesione oggetto di accertamento:

13 ^(f) sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n. _____ del riepilogo

D) ..

Quadro B: GIUDIZIO MEDICO-LEGALE IN ORDINE ALL'IDONEITÀ

II ^(e) CRAMAROSSA MICHELE - DIPENDENTE

Per le infermità di cui al GIUDIZIO DIAGNOSTICO:

1) È ^(f) SI IDONEO ¹⁴ ALLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA CONTROINDICAZIONI COME DA DISPOSIZIONE DEL MEDICO COMPETENTE DEL 10/10/08.

2) ¹⁵

OSSERVAZIONI O NOTE ¹⁶

e) Grado o qualifica, cognome e nome

f) SI o NON

QUADRO EI/PP

SEZIONE EI.: GIUDIZIO AI FINI DI EQUO INDENNIZZO

MENOMAZIONI DELL'INTEGRITÀ FISICA, PSICHICA O SENSORIALE ED ASCRIVIBILITÀ:

ALLEGATO C

Infermità e/o lesione 17	Riportare la corrispondente menomazione indicata al giudizio diagnostico 18	PRECEDENTE Ascrivibilità Tab/Cat 19	NUOVA Ascrivibilità Tab/Cat	Data di stabilizzazione 20
A	CHERATOCONO IN OS IN BULBO CON PREGRESSO TRAUMA CORNEALE (VC= 1/10).		TAB A/8	19/08/2008
B	PICCOLE BRONCHIECTASIE DEI LOBO POLMONARI INFERIORI IN PREGRESSO PROCESSO FLOGISTICO DEL LOBO SUPERIORE DESTRO CON PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA NEI LIMITI DELLA NORMA.		TAB B	19/08/2008

Ascrivibilità della menomazione complessiva dell'integrità fisica, psichica o sensoriale:

TABELLA A CATEGORIA 8^ %

Ascrivibilità della menomazione complessiva conseguente a tutte le infermità/lesioni (escluse quelle riconosciute NON dipendenti da causa di servizio e/o con domanda NON tempestiva), o di cui ai numeri 21:

22 TABELLA CATEGORIA %

SEZIONE PP.: GIUDIZIO AI FINI DI PENSIONE PRIVILEGIATA

ASCRIVIBILITÀ TABELLARE DELLA MENOMAZIONE FISICA ,PSICHICA O SENSORIALE

Menomazione 23	Tabella	Categoria	9)Indennità una tantum	9)Suscettibile miglioramento	9)Assegno rinnovabile	Superinvalidità Tabella E	Assegno di cura 24	Altri giudizi/annotazioni 25
			Ann/ta		Anni	Lettera N.		
			Ann/ta		Anni	Lettera N.		
			Ann/ta		Anni	Lettera N.		
			Ann/ta		Anni	Lettera N.		
			Ann/ta		Anni	Lettera N.		

Ascrivibilità complessiva di tutte le infermità/lesioni(escluse le NON dipendenti) o di cui ai numeri : 26

Altri giudizi/annotazioni 27	Tabella	Categoria	Indennità una tantum	Suscettibile miglioramento	Assegno rinnovabile	Superinvalidità Tabella E	Assegno di cura	Assegno per cumulo
			Ann/ta					

Data di decorrenza 28 _____
La morte h _____ è conseguenza dell'infermità/lesione 29 _____

Dott. 30 Medico Specialista in

I GIUDIZI sono stati espressi ad (e)



UNANIMITÀ

oppure



MAGGIORANZA di voti

LA COMMISSIONE

Dott. Pietro Marchitelli (Membro)

Dott. Nicola Cifello (Membro)

Dott. Mario Ruggiero (Presidente)

Avverso il presente verbale è ammesso ricorso da parte dell'interessato, limitatamente al giudizio di idoneità / inidoneità al servizio alla Commissione Medica di seconda istanza del Ministero della Difesa, da presentare per il tramite dell'Amministrazione di appartenenza entro il termine di dieci giorni dalla data di ricezione del verbale medesimo.

g) Solo per il personale militare od equiparato

h) SI o NON

i) Barrare la casella del caso che ricorre



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

copy

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

Prot.

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>6717</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



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

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____
 Nato a (Comune) _____ GG _____ MM _____ AA _____
 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 _____

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 timbro _____ Data e firma dell'infortunato _____
COMUNE DI MODUGNO
 Prot. n. _____
 Cat. _____ Clas. _____
 Fasc. _____ Sottofasc. _____

CERTIFICATO MEDICO

3531115 PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☒ DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) CHARRA ROSA MICHELE Codice fiscale CRFMRH476R05F262

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 Contusioni bilaterali oculari per trauma da
picchiatura Visto 06/08

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

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. presenta dolore retro orbitario a i.p.v. sin.

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero NO ☒ SI ☐ se SI, presso _____
 esami specialistici Controlli oculistici di controllo

Codice del medico o del presidio sanitario 661215 Luogo e data del rilascio MODUGNO 7.6.2008

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Dr. Vito Antonino da Costa
 1.4093.6 AUSL BA - Zona
 Stradella Pignata di Cialla, 3
 C. MODUGNO (BA)

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

VISTO DEL MEDICO NO ☐ SI ☐ DATA _____ FIRMA _____

TIMBRO DI ARRIVO

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

QUADRO A

Cognome										Nome									
Nato a (Comune)										Prov. ☐ / ☐ / ☐									
Residente a (Comune)										Prov. ☐ / ☐ / ☐									
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										CAP ☐ ☐ ☐									
COD. ISTAT										COD. USL									
GG										MM									
AA										in (Comune)									
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio										Numero Civico									

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. 3039

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)

CRAIAROSA DE CHELE

Codice fiscale

CRMNML76R05F26

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il

GG MM AA
30 / 05 / 08

alle ore 22.00

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

Contusione alla parte anteriore
del capo e lacerazione netta

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

Visita oculistica

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

per giorni

20

riprende lavoro il

GG MM AA
07 / 07 / 08

pericolo di vita ☒

si presume invalidità permanent ☒

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Il pz. presenta lacerazione netta ed ipervem

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero

☒

SI

se SI, presso

esami specialistici

in corso di cura oculistica al pronto

Codice del medico o del presidio sanitario

66125

Luogo e data del rilascio

MODUGNO BA 17.6.2008

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Per favore non usare da questa zona
Siradella Privata di Cisterna
MODUGNO (BA)

Raffaele W. S. S.

QUADRO C

C

SERVATO
INAIL

Si tratta di ricaduta?

NO ☐

SI ☐

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO

NO ☐

SI ☐

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO

17/06/08



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede: BARI

Data: 4/7/2008

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0035626
- 7 LUG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

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

Assicurato CRAMARCOSSA 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 04/07/2008 fino al 07/07/2008

Lo Specialista in Ortopedia
DOTT. SALVATORE CHIRIANNI

1125
04/07/08

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

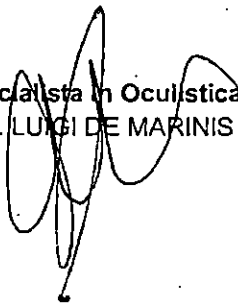
Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

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

Visto
07/07/08

Sede: BARI

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	38138
18 LUG 2008	
Car.	Cias.
Fasc.	Sorteggio

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

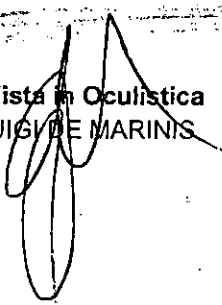
Data dell'inffortunio o di manifestazione della M.P. 30/05/2008

Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

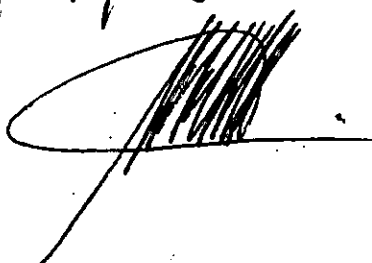
L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal 17/07/2008 fino al 31/07/2008

Lo Specialista in Oculistica
DOTT. LUIGI DE MARINIS



Visto

17/07/08



0040495

Sede: BARI

Infortunio N. 508263385

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

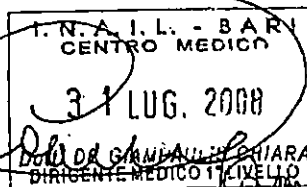
Se in cura ambulatoriale indicare dove

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

Lo Specialista in Oculistica
DOTT. LUIGI DE MARINIS

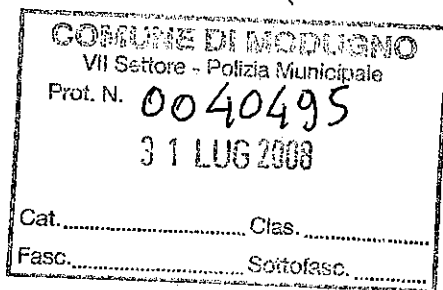
*All'attenzione del medico competente per l'idoneità
a lavoro specifico.*

VISTO 31/07/2008 ore 13.00



Sede: BARI

Infortunio N. 508263385



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

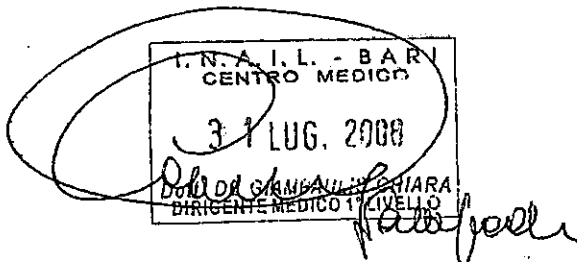
Se in cura ambulatoriale indicare dove

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



Sede: BARI

Infortunio N. 508263385

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	38138
	18 LUG 2008
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

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

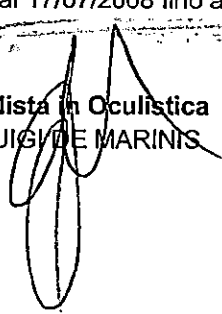
Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 30/05/2008

Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

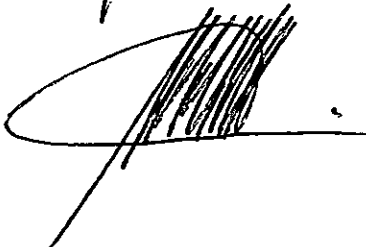
Se in cura ambulatoriale indicare dove

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



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.	Sottofasc.

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**

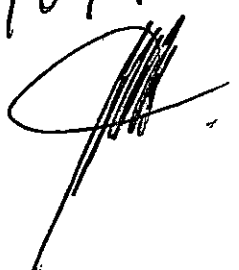
Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. **30/05/2008**

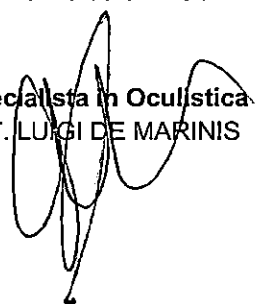
Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

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

Visto
07/07/08




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.	Sottofasc.

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 04/07/2008 fino al 07/07/2008

Lo Specialista in Ortopedia
DOTT. SALVATORE CHIRIANNI

1125
04/07/08




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.

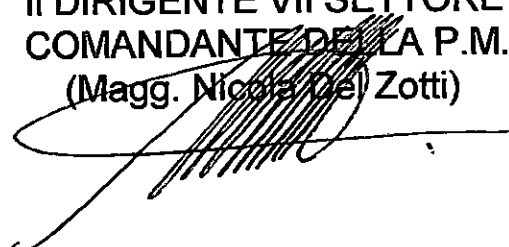
Al Funzionario
D.ssa Beatrice Maggio
SEDE

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)





COMUNE DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

VII SETTORE - POLIZIA MUNICIPALE

Prot. n. 61086

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<u>30098</u>
- 9 GIU. 2008	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Modugno, li 31/05/2008

AL Dirigente VII Settore
Comandante la P. M.
Magg. Nicola Del Zotti
- SEDE -

Oggetto: Rapporto di servizio- Consiglio Comunale del 30.05.2008.

I sottoscritti AA.PP.MM. Michele Cramarossa nato a Modugno il 05.10.1976 ed ivi residente alla via Solferino n.9 e Domenico Tedesco nato a Modugno il 28.09.1955 ed ivi residente alla via G. Mameli n.19, comandati dalla S.V. in servizio per A.O. in occasione del Consiglio Comunale del 30.05.2008 comunicano quanto segue.

Intorno alle 22,00 circa, a seguito di disposizioni del Sig. Sindaco ci recavamo presso via La Motta ove stavano esplodendo fuochi d'artificio.

Giunti in loco, quando nel frattempo si stavano esaurendo gli ultimi spari vedevamo una decina di persone tra le quali riconoscevamo il Sig. DE IURE Domenico nato a Modugno il 30.03.1978 ed ivi residente alla via N. Silvestri n.30, a cui chiedevamo perchè stessero esplodendo dei fuochi d'artificio. Il DE IURE rispondeva che stavano festeggiando la Madonna e avvicinandosi allo scrivente D. Tedesco con tono minaccioso diceva che era una festa che facevano da cinque anni e ci invitava con tono arrogante ad andarcene via perchè ormai avevano finito. Nel frattempo si avvicinavano altri individui a noi sconosciuti che in parte cercavano di bloccare il DE IURE e in parte inveivano contro di noi. In questo frangente particolarmente confuso, il sottoscritto M. Cramarossa veniva colpito all'improvviso da un pugno che gli faceva perdere l'equilibrio e cadere per terra. La persona responsabile di tale atto non è stata individuata. Subito venivano allertati i colleghi di pattuglia e il Ten. V. Straziota, che arrivavano con una pattuglia dei Carabinieri della locale stazione, e accompagnavano il sottoscritto M. Cramarossa presso il Pronto Soccorso del Policlinico di Bari, mentre il sottoscritto D. Tedesco rilasciava le sue dichiarazioni al Comandante della Stazione dei Carabinieri.

Dopo le prime cure del caso anche lo scrivente M. Cramarossa rilasciava dichiarazioni al Comandante Luogotenente S. Regano consegnandogli il relativo referto medico.

Tanto si rapporta per dovere d'ufficio per i provvedimenti consequenziali che la S.V. vorrà adottare, anche in ordine all'art. 57 del T.U.L.P.S..

A.P.M. Domenico Tedesco

A.P.M. Michele Cramarossa

-Unità organizzativa responsabile ex art. 4 L. 241/1990

Settore

Responsabile del procedimento ex art. 5 L. 241/1990

Sig.

Trasmettere: Procura
Gerarchici: Sindaco
Ass. Capogruppo
h

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

Al lavoratore presso il proprio domicilio ☐

Al lavoratore presso la sede dell'impresa ☐

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/66) ☒

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG	MM	AAAA	Ora	Comune di	Prov.	Cap
3	0	2	00	MODUGNO	BA	70026
Codice ISTAT Comune			Codice ASL		Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)?	
/ / 027			BAR 14			
L'infortunato ha abbandonato il lavoro?			GG		MM	
☒ NO			30		05	
			2008		2200	
Il datore di lavoro ha saputo del fatto il			GG		MM	
30			05		2008	
			AAAA		AAAA	
			03		06	
			2008			
Ha ricevuto il primo certificato medico il			AAAA		MM	
			03		06	
			2008			

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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

Il 30/05/08 alle ore 22,00 in occasione del Consiglio Comunale, a seguito di disposizioni del Sindaco, si recava con il collega Tedesco Domenico c/o via La Motta Modugno ove stavano esplodendo fuochi d'artificio. Mentre chiedevano informazioni ad un gruppo di persone, nella confusione veniva colpito all'improvviso da un pugno da persona sconosciuta.

IN PARTICOLARE:

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

IN STRADA (presso Via La Motta - Modugno)

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

VIGILANZA

Era il suo lavoro consueto?

Si ☒

Si (saltuariamente) ☐

NO ☐

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

VIGILANZA

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

VENIVA COLPITO ALL'IMPROVISO DA UN PUGNO DA PERSONA SCONOSCIUTA

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

PERDEVA L'EQUILIBRIO E CADEVA PER TERRA

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

CHE TIPO DI LESIONE HA PROVOCATO L'INFORTUNIO?

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

Contusione escoriata reg. zigomata sin. contusive bulbare in OO. Reazione ansiosa

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

contusione bulbare sinistro

Il datore di lavoro era presente?

Si ☐

No ☒

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

Si ☒

No ☐

Se ha risposto no, perché?

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

TEDESCO DOMENICO nt. A MODUGNO IL 28/09/1955 - RESIDENTE A MODUGNO (BA) -

VIA G. MAMELI, N.19

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

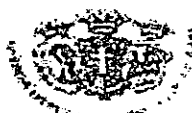
DATA 10 giugno 2008



TIMBRE E FIRMA

IL DIRIGENTE

I SETTORE
Dott.ssa Beatrice MAGGIO



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
Luogo dove è avvenuto l'evento: data ora

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



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

I SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
Servizio Personale

Prot.

Modugno, 20 giugno 2008.

RACCOMANDATA A/R

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	32619
20 GIU. 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Spett.le INAIL BARI/1
Lungomare Trieste n° 29
70100 BARI

Oggetto: Trasmissione di ulteriore certificato medico per continuazione infortunio sul lavoro - dipendente Sig. CRAMAROSSA MICHELE - nato a Modugno (BA) il 05/10/1976 e residente a Modugno in via Solferino, n.09 - Avvenuto venerdì 30 maggio 2008 alle ore 22,00 circa. Anticipato via FAX il giorno 03 giugno 2008.

Si comunica che, il dipendente in oggetto generalizzato ha fatto pervenire in data 17/06/2008 prot.n.31739, ulteriore certificazione medica con prognosi di 20 (venti) giorni, dal 17/06/2008.

Seguirà eventuale ulteriore certificazione.

Distinti saluti.



IL DIRIGENTE I SETTORE
(dr.ssa Beatrice Maggio)

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

3531116

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										Nome										Sesso M/F ☐	
Nato a (Comune)										GG		MM		AA		Prov.		CAP			
Residente a (Comune)										GG		MM		AA		Prov.		CAP			
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										GG		MM		AA		Prov.		CAP			
COD. ISTAT										COD. USL		GG		MM		AA		In (Comune)			
COD. ISTAT										COD. USL		GG		MM		AA		In (Comune)			
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio										GG		MM		AA		Prov.		CAP			

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										COMUNE DI MODUGNO									
CAP										Prot. n. 3028									
COMUNE										Data e firma dell'infortunato									
Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri										Cat. 17-610-2008									
										Fasc. Sottofasc.									

CERTIFICATO MEDICO

3531116 PRIMO ☐

CONTINUATIVO ☒

DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome)										Codice fiscale									
CRATCAROSSA MICHELE										CRNRMNLT6R05F262F									

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

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

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

per giorni 20 riprende lavoro il 07/07/08

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

66123 MODUGNO 17.6.2008

Si tratta di ricaduta? NO ☐ SI ☐

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

3531116

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 _____ Nome _____ Sesso ☐ M/F ☐ F

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

Prov. _____

Residente a (Comune) _____

Prov. _____

Indirizzo (Via, piazza, ecc.) _____

Numero Civico _____

COD. ISTAT _____ COD. USL _____

GG _____ MM _____ AA _____

In (Comune) _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

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

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. 3139
17 GIU. 2008
Clas _____
Sottofasc. _____
Prov. _____

CERTIFICATO MEDICO

3531116

PRIMO ☐

CONTINUATIVO ☒

DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome)

Codice fiscale

CRAIG ROSA RO CHELE

CRAIG ROSA RO CHELE

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

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

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

per giorni 20 riprende lavoro il 07/06/08

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

66125

MODUGNO BA 17.6.2008

Si tratta di ricaduta?

eventuali osservazioni

NO ☐ SI ☐

VISTO DEL MEDICO

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

I SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
Servizio Personale

Prot.

Modugno, 10 giugno 2008

RACCOMANDATA A/R

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	30787
10 GIU. 2008	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Spett.le INAIL BARI/1
Lungomare Trieste n° 29
70100 BARI

Oggetto: Infortunio sul lavoro - dipendente Sig. CRAMAROSSA MICHELE - nato a Modugno (BA) il 05/10/1976 e residente a Modugno in via Solferino, n.09 - Avvenuto venerdì 30 maggio 2008 alle ore 22,00 circa. Anticipato via FAX il giorno 03 giugno 2008.

Con la presente, si comunica che a completamento della pratica di cui in oggetto, si allega in copia la seguente documentazione:

- denuncia di infortunio sul lavoro con modulistica in uso INAIL;
- relazione dell'accaduto;
- certificato medico continuativo di ulteriori 10 giorni a partire dal 07/06/2008.

Seguirà eventuale ulteriore certificazione.

Distinti saluti.



IL DIRIGENTE I SETTORE
(dr.ssa Beatrice Maggio)

COMUNE DI MODUGNO
 Prot. n. 30202
 10 GIU. 2008
 Cat. _____ Clas. _____
 Fasc. _____ Sottofasc. _____

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Via LUNGOMARE TRIESTE, N.29

Cap 70100

Città BARI

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome: CRAMAROSSA Nome: MICHELE
 Codice Fiscale: CRMMHL76R05F262P Nato a: MODUGNO
 GG: 05 MM: 10 AAAA: 1976 Stato di nascita: ITALIA Cittadinanza: ITALIANA Sesso Stato civile: M (1) 1 (2)
 Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA SOLFERINO N. civico: / / 09 / /
 Comune: MODUGNO Prov.: BA Cap: 70026
 Codice ISTAT Comune: / / / 027 Codice ASL: / / / / / Telefono (Prefisso/Numero): / / / / /
 Professione o Mestiere (5): AGENTE DI POLIZIA MUNICIPALE Qualifica (6): 03 IMPIEGATO
 Contratto collettivo naz.: 11/04/2008 GG: 10 MM: 04 / 2000 PERSONE A CARICO: SI NO PARENTE DEL DL: SI NO Registro inf. n.: / / 434
 Posizione assicurativa territoriale: 70065365 C/C: 07 Cognome e nome o ragione sociale: COMUNE DI MODUGNO
 Codice Ditta: 00577900919 C/C: / / / / / 80017070725
 DITTA ARTIGIANA: si no Amministrazione statale: COMUNE DI MODUGNO Codice ministero: / / / / /
 Indirizzo (via, piazza, ecc.): PIAZZA DEL POPOLO N. civico: / / 16 / /
 Comune: MODUGNO Prov.: BA Cap: 70026
 Codice ISTAT Comune: / / / 027 Telefono (Prefisso/Numero): / 080 / 5865218 / / / Località dei lavori: COMUNE DI MODUGNO
 Lavorazione svolta: VIGILANZA Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta: VII SETTORE - POLIZIA MUNICIPALE

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

IN EURO

Oraria: ☐ Ore Sett. A: ☐ Giornaliera Mensile-mensilizzata: ☒ Convenzionale: ☐ Artigiana: ☐
 Indicare l'importo: / / 1780 82

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

Importo: ☐ c. Ore Sett. D: ☐ GG: / MM: / AAAA: / al: GG: / MM: / AAAA: /

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

Importo: straordinario: ☐ E Importo: festività lavorate di domenica: ☐ F Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio: ☐ G
 Importo: diaria trasferta: ☐ H Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc.: ☐ I Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposo com. e lav.: ☐ L
 Tredicesima mensilità: ☐ M oppure Importo: ☐ N Importo: ☐ O oppure Giorni: ☐ P
 Premio di produzione: ☐ Q oppure Importo: ☐ R Importo: ☐ T
 Altre mensilità aggiuntive: ☐ S oppure Importo: ☐ U
 Accantonamento cassa edile: ☐ In%: ☐ U
 Totale generale: ☐

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

SEZIONE 1 - LAVORATORE

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A S**

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

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

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

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

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

[3]

(4)

(5) Professione o mestiere

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname,
cassiere, operatore addetto a montatore di
installatore di meccanico, operatore di macchine per ...

21 = Stagista
22 = Piano inserimento professionale
23 = Allievo corsi qualificazione
24 = Istruttore corsi qualificazione
25 = Studente
26 = Sportivo professionista
27 = Addetto a lavoro socialmente utile

99 = Altro (indicare in chiaro)

Esempio: L. 1.385.400

Esempio: EURO 134,43

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															Nome															Sesso M/F	
Nato a (Comune)															GG		MM		AA		Prov.		CAP								
Residente a (Comune)															GG		MM		AA		Prov.		CAP								
Indirizzo (via, piazza, ecc.)															GG		MM		AA		Prov.		CAP								
COD. ISTAT															COD. USL		GG		MM		AA		in (Comune)								
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio															GG		MM		AA		Prov.		CAP								

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															Data e firma del datore di lavoro (non apporre timbro)															Data e firma dell'infortunato																													
CAP															COMUNE															COMUNE DI MODUGNO															Prot. n.														
Cat															Clas															Fasc															Sottofasc														

CERTIFICATO MEDICO

3531115 PRIMO

CONTINUATIVO

DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome)															Codice fiscale														
CHICAROSA RICCHELE															CRMKCH476R05F262P														

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il															GG		MM		AA		alle ore		22,00	
30															10		05		08					

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITO 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															GG		MM		AA		si presume invalidità permanente		NO		SI	
10															10		06		08		NO		SI			

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero

esami specialistici

Codice del medico o del presidio sanitario

Luogo e data del rilascio

661215

MODUGNO 7. 6. 2008

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
DOTT. ANTONIO BAYONAZZONA
I. 4093 - AUSL BA
Stradella, P.zza di Ciano
MODUGNO (BA)

Si tratta di ricaduta?

eventuali osservazioni

NO
SI

VISTO DEL MEDICO

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO

**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										Nome										Sesso M/F ☐					
Nato a (Comune)										GG										MM		AA			
Residente a (Comune)										Prov.										il		/			
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										Prov.										CAP					
COD. ISTAT										COD. USL										GG		MM		AA	
in (Comune)										Numero Civico															
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio										L'evento è avvenuto il										GG		MM		AA	

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.

09 GIU. 2008

Prov.

Data e firma del datore di lavoro (non apporre timbri)

Data e firma dell'infortunato

Cat. Fasc.

Clas. Sottofasc.

CERTIFICATO MEDICO

3531115

PRIMO ☐

CONTINUATIVO ☒

DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome)

CARROSA MICHELE

Codice fiscale

CRKRHL4F6R05F262P

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il

GG

MM

AA

30
05
08

alle ore

22
00
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 (art. 68 e 213 T.U. 1124/65)

per giorni

110

riprende

21
06
08

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

66125

Luogo e data del rilascio

MODUGNO
7
6
2008
TIMBRE E FIRME MEDICHE
Dr. Vito Antonio Schiari
Stradella Privata di Clinica zona
MODUGNO (BA)

Si tratta di ricaduta?

NO ☐

SI ☐

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO
DATA
FIRMA
TIMBRE DI ARRIVO

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

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Provincia di **BARI** Comune di **MODUGNO**
 (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: **ENTE LOCALITÀ**

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 - BARI**

4. Luogo in cui è avvenuto l'infortunio: **MODUGNO (BA)**
 (comune)

5. Data dell'infortunio: **30/05/2008** giorno **VENERDI'** ora: ant. pom. **23,59**
 (giorno, mese, anno) (specificare: lunedì, martedì, ecc.)

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

7. Infortunato: nome **NICHELE** cognome **ERAKAIOSSA**
 sesso **M** luogo e data di nascita **MODUGNO 05/10/1976** occupazione abituale **AGENTE DI POLIZIA MUNICIPALE**
 residenza **MODUGNO (BA) - VIA SOLFERINO, N. 9**

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):
AGGRESSIONE FISICA ALTRUI KENTRE ERA IN SERVIZIO

(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 AZIENDA OSPEDALIERA "POLICLINICO BARI"**

10. Natura ed entità delle lesioni: **CONTUSIONE ESCORIATA REG. ZIGOMATICA SIN., CONTUSINE BULBARE IN OD, REAZIONE ANSIOSA**

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? **1° ISTANZA 08 gg. sc.**
 Entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? **08 giorni**

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

13. Nome, cognome e residenza del titolare o del rappresentante legale della ditta **COMUNE DI MODUGNO**
PIAZZA DEL POPOLO, N. 16 - MODUGNO (BA)
 e dell'infortunato
 dei superstiti del lavoratore

ai quali il Pretore deve comunicare la data e il luogo dell'inchiesta ai sensi dell'art. 54 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

Adde **03/06/2008**
 Vedi « AVVERTENZE » a tergo



Firma del datore di lavoro o del suo rappresentante
IL DIRIGENTE 1° SETTORE t.o.
ISTRUTTORE DIRETTIVO
Dott. Gianluigi BELLARDI

Provincia di Comune di **Modugno**

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

Si dichiara che la Ditta con sede in
 ha presentato al sottoscritto il giorno del mese di 19 denuncia di un infortunio occorso a n. persone
 (cognome e nome)
 il giorno del mese di 19 nel Comune di
 Firma dell'autorità che riceve la denuncia

Mod. 90 - I TIP INAIL - 7/89

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 L.S.L. BA/12
Via F.lli Bandiera, 6 MODUGNO (BA)

Modugno 27-4-2009

MODUGNO

Lettera per il sig. Gaetano Michele,
per conto di trasferta in comune,

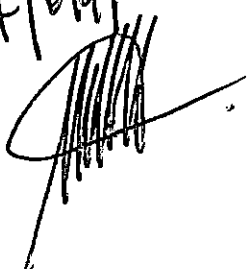
27.04.2009

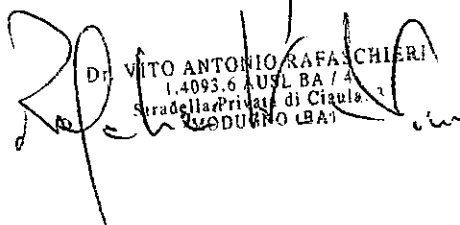
per conto di gestione (dies) di

Settore
e Maggio

a persona I.C. e posta del 25.4.2009.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	22155
27 APR 2009	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Visto
27/04/09



Dr. VITO ANTONIO RAFASCHIERI
1.4093.6 AUSL BA/4
Strada della Privata di Ciala
MODUGNO (BA)

SSA TICLICE



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

COMUNE DI MODUGNO

VII Settore - Polizia Municipale

Prot. N. **19357**

14 APR 2009

Cat. Clas.

Fasc. Sottofasc.

UNITÀ OPERATIVA OFTALMOLOGIA 1ª
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI

DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA
SEZIONE DI OFTALMOLOGIA

Direttore: Prof. CARLO SBORGIA

Tel. 080 5592438 - 2841 - 3143

Bari, li **6/4/09**

Sig. **GRAMAROSSA MICHELE**

Si certifica che il Sgr **GRAMAROSSA MICHELE** visitato in data odierna
c/o Nostre Clinica necessita
di ulteriori venti giorni salvo
complicazioni per riposo e le cure
domiciliari - la Feole -

Visto
13/04/09

AZIENDA OSPEDALIERA
Ospedale Consorziale Policlinico
U.O. OFTALMOLOGIA I
DIRETTORE
Prof. Carlo Sborgia



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITÀ OPERATIVA OFTALMOLOGIA 1ª
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI

DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA
SEZIONE DI OFTALMOLOGIA

Direttore: Prof. CARLO SBORGIA
Tel. 080 5592438 - 2841 - 3143

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 0016239
25 MAR 2009
Cat. Clas.
Fasc. Sottofasc.

Bari, li 23.03.2009

Lo confermo
i Sig. CRATANOSIA MICHELE

Ho posto in data odierna a unita periferica
di cui ho preso nota e ricevuto
Ulteriori p. la (recl) di cui dimostrano
lo stato, a richiesta, per per un consentito

data 25/03/09
Visto
[Signature]

AZIENDA OSPEDALIERA
Ospedale Universitario Policlinico
U.O. OFTALMOLOGIA I
DIRETTORE
Prof. Carlo Sborgia



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI
P.IVA 04846410720

UNITÀ OPERATIVA OFTALMOLOGIA 1^a
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI

DIPARTIMENTO DI OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore: Prof. CARLO SBORGIA
Tel. 080 5592438 - 2841 - 3143

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 0012818
- 9 MAR 2009
Cat. Clas.
Fasc. Sottoseg.

Bari, li 6.3.09

A sig. CRATIANO SSA MICHAEL

Resuscitato per punti 0-0 del 3.3.09
al 6.3.09 e obituaria è stata oltrem
punti di 1-20 (visti) / a.c. di cui
domanda.

Il libro, a richiesta, per il no concesso
dalla legge

Visto
09/03/09

Azienda Ospedaliera
Ospedale Policlinico Consorziale
UNITÀ OPERATIVA
OFTALMOLOGIA 1 - C.E. 148
Direttore: Prof. Carlo Sborgia

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Fli. Bandiera, 6 - Modugno (Ba)

Mo-hy-pa de-11-2008.

Ph
L'ca. pie. l. d. p. Camerone Michela

Incendio di gran 5 (cigno)

che ne sono

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 59023	
05 NOV 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Visto

05/11/08
Rafaschieri Vito

Dr. Vito Antonio Rataschieri

14095/6 U.S.I. BA-12

Via F.lli Bandiera, 6 MODUGNO (BA)

VI Gattone - P.Off. Municipale

Prot. N. 0043221

13 AGO 2008

M. lugus 12. 8. 2008 Pr

Cent. - fice de l. y, Cameroni Michel

ment - chi gran 4 (m) di

ripero s. c. -

Visto:

13/8/2008

Luto

L. Feil

Ref. W. C. Cawo

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Fidi Bandiera, 6 - MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0037893 ✓

28 LUG. 2000

Cat. _____ Clas. _____

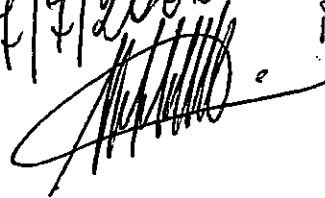
Fasc. _____ Sottofasc. _____

Il sig. Camaroni Michele,
effett. la fangente aut.,
presente di giorni 2 (due)
di riposo sc. -

Modugno 26.7.2000.

Visto

24/7/2000



Rafaschieri Vito

Dott. VITO ANTONIO RAFASCHIERI
Medico Chirurgo
1.4093.6 AUSL BA/4
Via F.lli Bandiera, 6
MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0011584
- 5 MAR. 2001

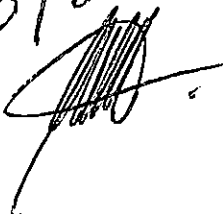
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

Il sig. ~~Chiarone Michele~~

residente a ~~via garibaldi 3 (tn)~~

ch' informo r.c. -

Modugno 2-3-2001

Vito
2/3/2001


Rafaschieri Vito Antonio

Dott. VITO ANTONIO RAFASCHIERI
Medico Chirurgo
1.4093.6 AUSL BA/4
Via F.lli Bandiera, 6
MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0010515 V

27 FEB. 2001

Cat. _____ Clas. _____

Fasc. _____ Sottofasc. _____

Pl

Il sig.

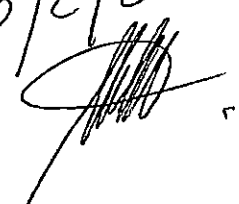
Chiamone Michela

affetto, che faingio tassellike carta

febbre, viene te chi ~~giocando (etc)~~

chi Mi pona i.c. a partire dal 13.2.2001

Modugno 26.2.2001

*Visto
26/2/2001*


Rafaschieri Vito Antonio

Dott. VITO ANTONIO RAFASCHIER
Medico Chirurgo
1.4093.6 AUSL BA/4
Via F.lli Bandiera, 6
MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO	
Protocollo 0002847	
17 GEN. 2001	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottifasc. _____

[Handwritten signature]

Il sig. ~~Leone Michele~~

necessita di ~~grazie 5 (cognome)~~

di ~~aiuto s.c.~~

~~Modugno 16.1.2001~~

Visto
16/01/2000
[Signature]

Rafaschier Vito

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Fli. Bandiera, 6 - Modugno (Ba)

Modugno 5.5.2008^{Pr}

ho visto il figlio del p. Camerone Michele,
per conto di bronchite acuta febbrile
paciente di giorni 15 (quasi)

ho visto anche

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0023876	
- 6 MAG 2008	
Cat. _____	Cas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Visto
05/05/08

Rafaschieri Vito

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Flli. Bandiera, 6 - Modugno (Ba)

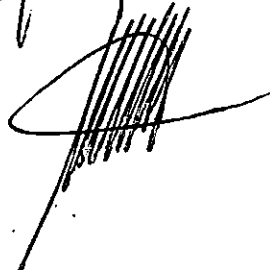
Modugno 28.5.2008

h. ca. fine del g. Quaranta Michel

e questo per la fine del periodo

di lavoro.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0028682	
29 MAG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Visto
28/05/08


Dr. VITO ANTONIO RAFASCHIERI
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Stradella Privata di Ciaula, 2
MODUGNO (BA)

Modugno 20. 5. 2008.

Scritta per chi si è, Annunzio Michel
per molti bambini e per molti
necessità di giorni 15 (quindici)
di riposo e.c.

La fine

Visto
20/05/08

Rafaschieri

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	26664
20 MAG 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Modugno 24.4.2008

Scrittura del 27, Commissione Municipale
affetto da morbo di Alzheimer, febbraio,

presente di giorni 5 (cinque)

che si può a c.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0022140	
24 APR 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Visto
24/04/08

~~RA~~

Rafaschieri Vito
Ricavato il 29/04

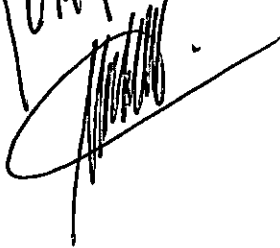
Modugno 21.4.2008

Le cento lire del sig. Raimondo Michele
presente di giorno 3 (tre) di

refuso a c.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0021605	
22 APR 2008	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

L. f. u.

Visto
22/04/08


Rafaschieri Vito

Modugno 18. 4. 2008.

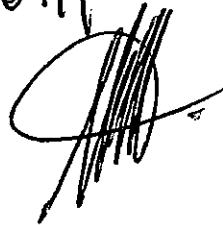
di cui: per la l.r. Quaranta Michel

incentiva il grow 3 (fine) o.l.

in foro a c.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N.	0021153
18 APR 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Visto
18/04/08



Le f. d. h.
R. P. M. V. C. S.

V. St
9/02/2003

fl

Il sig. Nemesio Michele,
aff. tr. le antitrusse fiscali
ed inoltre qualche bol.

richieste di quote 10 (dieci)

di riparo s.c.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 07120	
10 FEB 2003	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Mo Suppo 7.2.2003.

Richiesta visita fiscale
rif n° 342 del 12/02/03
ore 10,30
ricev. Sig. Dr. Savino

Rafaschieri V. Antonio

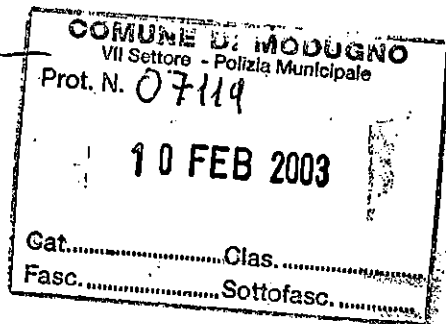
Visto
9/02/2003

Pl

Il sig. *Chiancone Michele*

residente al. grossi 3 (tra)

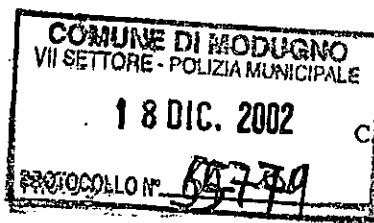
al. sifono s.c.



Mo degli 4-2-2003.

Rafaschieri Vito

Visto
17/12/2002



Per uso interno amministrativo

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

CORSO di LAUREA in ECONOMIA

Lo studente MICHELE CRAMAROSSA

matricola 338267 D in data 16/12/2002 ha superato

l'esame di FRANCESE orale

II N.O.

con voti 100

Detto esame è registrato al n. 157 del relativo

verbale.

Bari, li 16/12/2002

(timbro istituto)

FACOLTÀ DI ECONOMIA E COMMERCIO - BARI
ISTITUTO DI LINGUE STRANIERE
Cattedra di Lingua Francese

PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

Michele Crumaro

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Filii. Bandiera, 6 - Modugno (Ba)

Modugno 29.4.2008

fratello di Giuseppe Michele,
per int. di brachio e altre fessure
presente al gruppo 6 (mi) di

Modugno 2.2.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 22652	
29 APR 2008	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

h. f. e. h.

Dr. Vito Antonio Rafaschieri

Visto
29/04/08

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Flli. Bandiera, 6 - Modugno (Ba)

Modugno 21.1.2008 fl

Si certifica che il g. Craxione Michel

inviato ai posti 2 (ohu.) di

M. p. n. a.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0004250	
22 GEN 2008	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

Le f. ch

Rafaschieri Vito

Vito
23/01/08
~~23/01/08~~

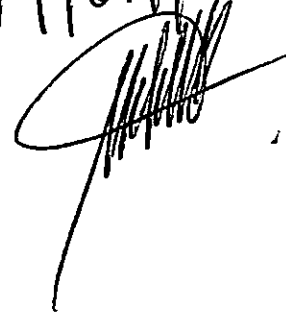
Modugno 19.4.2004

Il sig. ~~Chianese Michel~~ R

residente al ~~gioco 2 (ch)~~

di riposo sc. a partire dal

18.4.2004.

Visto
19/04/04


COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 0020352	
20 APR 2004	
Cat.	Cias.
Fasc.	Sottofasc.

le fide

Reputili W. N. 11.0.15

Dr. Vito Antonio Rafaschieri

1.4093/6 U.S.L. BA/12

Via F.lli Bandiera, 6 - MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO

VII Settore - Polizia Municipale

Prot. N. 0021372

26 APR 2004

Cat. Clas.

Fasc. Sottofasc.

Q. sp.

Chiancone Michela

Mo shippe 23 4 2004

R

*effetti di neichome senso. d'ordine
attivo, presenza di zone
obice (10) di. in p. s. c.*

*Vito
24/04/04*


*La foch
Rafaschieri Vito*

Dr. Vito Antonio Rafaschieri
1.4093/6 U.S.L. BA/12
Via Filii Bandiera, 6 - MODUGNO (BA)

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 0021237
23 APR 2004
Cat.
Fasc.

Modugno ~~Lo. di 2004~~

h

~~Chiamata Michel~~

raccomanda di ~~protezione~~ 1 (m)

di rifugio a.c. -

Visto
22/04/2004
~~Chiamata~~

Lu. Fach
Rafaschieri V.A.

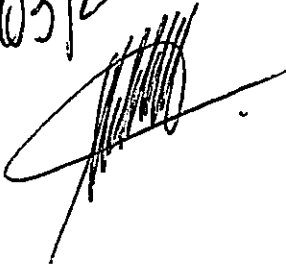
COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. **013814**
18 MAR 2003
Cat. Clas.
Fasc. Sottofasc.

17.3.2003.

Comune Michel, R

affetto da tonsillite
dent. fu borsile, recente

di giorni 7 (sette)
di lavoro s.c. e giorni
dal 16.3.2003.

Visto
17/03/2003


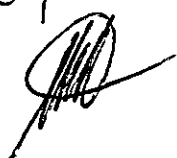
in fede
Rafaschieri Vito

Rh

Il sig. Crumaroni Michele
affetto da metatarsalgia piedi bil
ed inoltre gonalgia bil,
necessita di gesso 10 (dorsi)
di riposo s.c.

COMUNE DI MODUGNO	
VII Settore - Polizia Municipale	
Prot. N. 08624	
18 FEB 2003	
Cat.....	Clas.....
Fasc.....	Sottofasc.....

Modugno 17. 2. 2003.

Visto
18/02/2003


Rafaschieri V. A. C.