

GIUDIZIO DI IDONEITA' AD UNA MANSIONE SPECIFICA

D.Lgs 81/08 art.41 comma 6, 6-bis e art. 25 comma 1 lettera h

Al datore di lavoro della ditta: **COMUNE DI MODUGNO**
MODUGNO

Il dipendente: **GRANATA GIANDOMENICO**

nato il: **22-02-1975**

Mansione **AGENTE POLIZIA LOCALE**

C.F.: **GRNGDM75B22A662C**

In data **18-12-2024** è stato sottoposto a visita **ASSENZA > 60GG** per esposizione ai fattori di rischio (D.Lgs 81/08 art. 25 comma 1 lett. b):

Alcol - Rischio vs terzi; Guida mezzi aziendali (pat.B); Lavoro a turni; VDT

Accertamenti integrativi effettuati:

GIUDIZIO CONCLUSIVO:

Idoneo con Prescrizioni e Limitazioni

Altre prescrizioni - Adibire a servizio interno; Periodicità ravvicinata - mesi sei

Altre limitazioni -

- Esclusione dal servizio di piantonamento
- Esclusione dal servizio di front-office
- Esclusione dal servizio di stretta collaborazione con il Comandante o altri Ufficiali.
- Esclusione da servizi a stretto contatto con il pubblico
- Esclusione dal servizio di conduzione dei veicoli in pattuglia
- Esclusione dal servizio appiedato
- Esclusione dal servizio radio/telefonico
- Esclusione dalla reperibilità.

Periodicità visita: 6 mesi previa esecuzione degli accertamenti previsti dal protocollo di sorveglianza sanitaria.

Io sottoscritto **GRANATA GIANDOMENICO** dichiaro che quanto riportato nella presente cartella clinica corrisponde alla verità da me riportata in anamnesi circa le mie abitudini di vita, il mio stato di salute e l'attività lavorativa espletata ed attuale. Dichiaro altresì di essere stato informato dal medico competente sul significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposto, sui rischi lavorativi connessi alla mansione specifica e sui risultati degli accertamenti sanitari stessi.

Il dipendente dichiara inoltre di essere stato informato sui diritti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", di dare il consenso a trattare i suoi dati personali sensibili in base alle informazioni ricevute.

Note per il dipendente:

Data Giudizio

18-12-2024

Firma leggibile del Lavoratore

Firma medico competente

Dott. SA/Chir. Martino

Medico Chirurgo

Spec. in Medicina del Lavoro

Medico Competente

Sede: BARI

Data: 09/12/2024

Infortunio N. 520751422

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE del 09/12/2024
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato GRANATA GIANDOMENICO

Luogo e data di nascita BARI - 22/02/1975

Codice ASL BA114

Datore di lavoro COMUNE DI MODUGNO

Indirizzo PIAZZA DEL POPOLO, 16 - 70026 - MODUGNO (BA)

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 21/07/2024

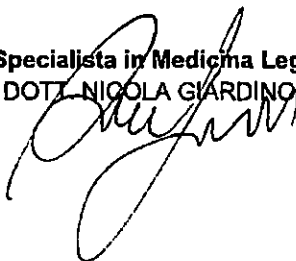
Se è stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal 09/12/2024 fino al 15/12/2024 e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 16/12/2024

E' necessaria, ove ne ricorra l'obbligo normativo, l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D. Lgs. n. 106/2009.

Lo Specialista in Medicina Legale
DOT. NICOLA GIARDINO





CITTÀ DI MODUGNO

(Area Metropolitana di Bari)

Servizio 6 – Avvocatura, Contenzioso e Ufficio Personale

All'INAIL di Bari

A mezzo pec

OGGETTO: Infortunio sul luogo di lavoro dei dipendenti CALABRESE Nicola Fabrizio (c.f. CLBNLF75C31A662Q) e GRANATA Giandomenico (c.f.GDNGDM5B22A662C).
Trasmissione denuncia.

Per i conseguenziali adempimenti di Vs. competenza, si trasmette, con relativi allegati, denuncia di infortunio sul luogo di lavoro dei dipendenti CALABRESE Nicola Fabrizio (c.f. CLBNLF75C31A662Q) e GRANATA Giandomenico (c.f.GDNGDM5B22A662C).

Si precisa che, a seguito alla recentissima morte, prematura, del funzionario preposto alla trasmissione *de qua*, in attesa dell'abilitazione all'accesso presso il portale INAIL di altro personale dell'Ente, si rende necessario il ricorso alla trasmissione a mezzo pec.

Modugno, 22 luglio 2023.

Il Funzionario Amministrativo

Avv. Mario Santoro

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

Il Responsabile del Servizio

Avv. Cristina Carlucci

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

Viale della Repubblica n.46 – 70026 Modugno (BA) – Tel. +39 080 586 5111

PEC: ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it



ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2024- 026187

ACCETTAZIONE: 21/07/2024 03:56

IDENTIFICATIVO:	CLBNLF75C31A662Q	ASSISTITO:	CALABRESE NICOLA FABRIZIO
DATA NASCITA:	31/03/1975	NATO/A A:	072006 BARI
SESSO:	M	FASCIA ETÀ':	
CITTADINANZA:	(100) ITALIANA	ASL:	160114 BA
RESIDENTE A:	072006 BARI	VIA:	VIA VENEZIA N 38 CARBONARA
RESIDENZA AGGIORNATA:		VIA:	
DOMICILIO:		VIA:	
DOMICILIO AGGIORNATO:		VIA:	
LIVELLO DI ISTRUZIONE:			
TELEFONO:		CELLULARE:	
EMAIL:		PEC:	

DATI ACCOMPAGNATORE**ACCOMPAGNATORE:****GRADO PARENTELA:**

MOTIVO DELL'ACCESSO

PROBLEMA PRINCIPALE: TRAUMA

TRAUMA: INCIDENTE SUL LAVORO

DATA E ORA EVENTO: 21/07/2024 1.10

DESCRIZIONE: RIF AGGRESSIONE FISICA CON SCHIAFFI SUL VOLTO DA PERSONA IDENTIFICATA SUCCESSIVAMENTE ALL'EPISODIO

ACCETTAZIONE

MODALITA' ARRIVO: AUTONOMO (ARRIVATO CON MEZZI PROPRI) OPERATORE: 625005888-GRAMEGNA VITO

PARAMETRI VITALI DI ACCETTAZIONE

DATA ESECUZIONE: 21/07/2024 03:56

GRAMEGNA VITO

FC	PA[mmHg]	TC	HGT	SP02	SP02 AA	SP02 O2	DURATA	DEAMBULAZ.	FR	AVPU	GCSPSS	RTS
[bpm]	max/min	[°C]		[%]	[%]	[%]	SINTOMI		[arom]			

110 156/91 99

TRIAGE DI ACCETTAZIONE: VERDE - URGENZA MINORE

CODICE DI DIMISSIONE: AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE

SINTOMATOLOGIA DIAGNOSTICA: RIF AGGRESSIONE FISICA CON SCHIAFFI SUL VOLTA DA PERSONA IDENTIFICATA.
PZ DIABETICO NID, DISLIPIDEMICO
NEGA ALLERGIA A FARMACI

PERMANENZA IN ACCETTAZIONE: 0 : 23 (hh:mm) **ID. REGISTRO CARTACEO:**

PRESA IN VISITA - DATI CLINICI

DATA E ORA: 21/07/2024 04:19

MEDICO: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

ANAMNESI: VIENE AGGREDITO VERBALMENTE E FISICAMENTE DA SOGGETTO IN STATO DI FERMO DURANTE SERVIZIO DI VIGILANZA NOTTURNA

ANAMNESI FARMACOLOGICA:**ALLERGIE:****IMMUNOPROFILASSI:**

ALTRE NOTIZIE:

ESAME OBIETTIVO:

DOLORE NEI MOVIMENTI DI ABDUZIONE E ADDUZIONE DELLA MANDIBOLA X CONTRATTURA ANTAGICA DELLA MUSCOLATURA MASSETERINA

IPOTESI DIAGNOSTICA: TRAUMA CONTUSIVO DEL VOLTO, RIALZO PRESSORIO IN STATO ANSIOSO REATTIVO

POSTUMI;

PROBLEMI APERTI:

STAMPATO IL: 21/07/2024 ALLE ORE 4:23 DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

FIRMATO DIGITALMENTE IL 21/07/2021 ALLE ORE 01 21
DA 125012049 - BAYDINI MARIA ROSARIA



ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2024- 026187 **ACCETTAZIONE:** 21/07/2024 03:56

IDENTIFICATIVO: CLBNLF75C31A6620

ASSISTITO: CALABRESE NICOLA FABRIZIO

ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
REPARTO: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI

DATA E ORA	CODICE - DESCRIZIONE	INDICAZIONE	Q.TA'
21/07/2024 4.19	897 - VISITA GENERALE		1

Nessun farmaco somministrato

Nessun rifiuto inserito

Nessuna rilevazione di parametri vitali è presente nel diario

Nessun diario clinico acquisito

Nessuna frattura da fragilità rilevata

MODALITA': DIMISSIONE A DOMICILIO CON AFFIDAMENTO AL MEDICO CURANTE **DATA E ORA: 21/07/2024 04:22**

COMUNICAZIONE PRODOTTA PER: INAIL

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA: URGENTE

PROGNOSI RISERVATA: NO NR. GG. PROGNOSI: 7 S.C.

TERAPIA DOMICILIARE / PRESTAZIONI: BRUFEN 600 1 CP DIE X 3-4 GG

PERMANENZA IN ASSISTENZA: 0 : 03 (hh:mm)

DIAGNOSI DI DIMISSIONE: ALTRO E NON SPECIFICATO TRAUMATISMO SUPERFICIALE DELLA FACCIA, DEL COLLO E DEL CUOIO CAPELLUTO, CON INFEZIONE

DESCRIZIONE AGGIUNTIVA: TRAUMA CONTUSIVO DEL VOLTO, RIALZO PRESSORIO IN STATO ANSIOSO REATTIVO

Nessuna diagnosi secondaria inserita

Nessuna dichiarazione assistito è stata registrata

OPERATORE	TIPO	DATA E ORA CAMBIO TURNO
125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA	DIMISSIONE	
125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA	PRESA IN VISITA	
625005888 - GRAMEGNA VITO	ACCETTAZIONE	

ALTRE NOTIZIE:

NOTE:

FIRMA PAZIENTE/ACCOMPAGNATORE/DICHIARANTE

IL MEDICO

BANDINI MARIA ROSARIA

STAMPATO IL 21/07/2024 ALLE ORE: 4:23 DA: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

FIRMATO DIGITALMENTE IL 21/07/2024 ALLE ORE 04:24
DA 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA



ASL: BA
ISTITUTO: OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)
STABILIMENTO: STABILIMENTO S. PAOLO BARI
PS/PPI: PRONTO SOCCORSO - SAN PAOLO - BARI
SALA VISITA:

IDENTIFICATIVO ACCESSO: 2024-026186 **ACCETTAZIONE:** 21/07/2024 03:52

IDENTIFICATIVO:	GRNGDM75B22A662C	ASSISTITO:	GRANATA GIANDOMENICO
DATA NASCITA:	22/02/1975	NATO/A A:	072006 BARI
SESSO:	M	FASCIA ETA':	
CITTADINANZA:	(100) ITALIANA	ASL:	160114 BA
RESIDENTE A:	072027 MODUGNO	VIA:	VIA RISORGIMENTO 6
RESIDENZA AGGIORNATA:		VIA:	
DOMICILIO:		VIA:	
DOMICILIO AGGIORNATO:		VIA:	
LIVELLO DI ISTRUZIONE:			
TELEFONO:		CELLULARE:	
EMAIL:		PEC:	

ACCOMPAGNATORE:

ACCOMPAGNATORE: GRADO PARENTELA:

PROBLEMA PRINCIPALE: TRAUMA

TRAUMA: INCIDENTE SUL LAVORO

DATA E ORA EVENTO: 21/07/2024 1.10

DESCRIZIONE: RIF AGGRESSIONE CON SCHIAFFO SUL VISO DA PERSONA IDENTIFICATA SUCCESSIVAMENTE ALL'EPILOGO

ACCETTAZIONE

MODALITA' ARRIVO: AUTONOMO (ARRIVATO CON MEZZI PROPRI) OPERATORE: 625005888-GRAMEGNA VITO

PARAMETRI VITALI DI ACCETTAZIONE

DATA ESECUZIONE: 21/07/2024 03:52

GRAMEGNA VITO

FC	PA[mmHg]	TC	HGT	SP02	SP02 AA	SP02 O2	DURATA	DEAMBULAZ.	FR	AVPU	GCSPSS	RTS
[bpm]	max/min	[°C]		[%]	[%]	[%]	SINTOMI		[arpm]			

88 137/99 98

TRIAGE DI ACCETTAZIONE: VERDE - URGENZA MINORE

CODICE DI DIMISSIONE: VERDE - URGENZA MINORE

SINTOMATOLOGIA DIAGNOSTICA: RIF AGGRESSIONE FISICA CON SCHIAFFI SUL VOLTO DA PERSONA IDENTIFICATA.
PZ DISLIPIDEMICO

NEGA ALLERGIE A FARMACI

PERMANENZA IN ACCETTAZIONE: 0 : 20 (hh:mm) **ID. REGISTRO CARTACEO:**

PRESA IN VISITA - DATI CLINICI

DATA E ORA: 21/07/2024 04:12

MEDICO: 125012049 - BANDINI MARIA ROSARIA

ANAMNESI: RIFERISCE CHE DURANTE IL SERVIZIO NOTTURNO E STATO AGGREDITO DA SOGGETTO IN STATO DI FERMO CHE LO HA COLPITO AL VOLTO CON UNO SCHIAFFO

ANAMNESI FARMACOLOGICA:

ALLERGIE:

IMMUNOPROFILASSI:

ALTRE NOTIZIE:

ESAME OBIETTIVO: DOLORE ALL'ABDUZIONE DELLA MANDIBOLA
PA 150/95

IPOTESI DIAGNOSTICA: AGGRESSIONE FISICA, STATO ANSIOSO REATTIVO RIAZO PRESSORIO

POSTUMI:

PROBLEMI APERTI:

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i. - art. 18, co. 1, lett. r, d.lgs. 09/04/2008 n. 81)

Alla sede Inail BARI

CORSO TRIESTE 29, 70126 BARI (BA)

(Da compilare a cura dell'ufficio ricevente dell'Autorità di pubblica sicurezza)

Timbro dell'ufficio	Si dichiara che il datore di lavoro*		ha presentato all'Autorità di pubblica sicurezza	
	BONASIA NICOLA			
	del Comune	prov.	la denuncia/comunicazione di infortunio contraddistinta dal numero	
	MODUGNO	BA		
	luogo		data (GG/MM/AAAA)	firma

Cognome		Nome	
GRANATA		GIANDOMENICO	
Codice fiscale	Stato di nascita	Cittadinanza	Sesso Stato civile (1)
GRNGDM75B22A662C	ITALIA	ITALIANA	M
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	Data di decesso (GG/MM/AAAA)
BARI	BA	22/03/1975	

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)

VIA RISORGIMENTO N.6

Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
ITALIA	MODUGNO	BA	70126	072006	ASL BA

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale	Telefono abitazione	Prefisso internazionale	Telefono cellulare

Indirizzo Email	Indirizzo Pec

Studente (2)	Parente del datore di lavoro	Persone a carico	Tutela Inps in caso di malattia comune
☐ Sì ☒ No	☐ Sì ☒ No	☐ Sì ☒ No	☐ Sì ☒ No

Tipologia di lavoratore (3)	Tipologia di contratto (4)
DIPENDENTE	CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

☐ Orizzontale

Percentuale di part-time

Tipologia di part-time: ☐ Verticale

☐ Misto

□ □ %

Dalle ore :

Alle ore : Dalle ore :

Alle ore ,

Data assunzione (GG/MM/AAAA)

Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)

01/10/2000

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5)

CCNL - Categoria CNEL (6)

AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

ENTI LOCALI

Qualifica assicurativa (7)

SOVR. CAPO DI POLIZIA LOCALE

Voce professionale Istat (8)

AGENTE DI POLIZIA LOCALE - VIGILE URBANO

*Solo privati cittadini datori di lavoro domestico e di lavoro accessorio

☒ INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE					
Codice fiscale 8001707025		Cognome e nome o ragione sociale COMUNE DI MODUGNO			
Codice ditta 5779009	Posizione assicurativa territoriale 70065365		Settore attività (9) ALTRI		
Tipo polizza (10) DIPENDENTI - PERSONALE DI VIGILANZA		Voce di tariffa (11) 0723			
☐ PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO					
Codice fiscale amministrazione statale		Amministrazione statale			
Codice fiscale struttura	Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore			Codice Inail	
☐ AGRICOLTURA					
Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale			Matricola Inps/codice CIDA	
Tipologia datore di lavoro (12)	Data inizio attività (GG/MM/AAAA)		Data fine attività (GG/MM/AAAA)		
☐ SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI					
Cognome	Nome	Codice fiscale	Codice Inps		
☐ LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)					
Cognome	Nome	Codice fiscale			
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc, ... numero civico)					
PIAZZA DEL POPOLO, 16					
Nazione ITALIA	Comune MODUGNO	Prov. BA	Cap 70026	Istat 072027	Asl ASL BA
Prefisso internazionale +39	Telefono 0805865541	Indirizzo Email staff.sindaco@comune.modugno.ba.it		Indirizzo Pec COMUNEMODUGNO@PEC.RUPAR.PUGLIA.I	
UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore					
VIA MARANDA, 52					
INDIRIZZO dell'UNITA' PRODUTTIVA o della STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)					
VIA MARANDA, 52					
Nazione ITALIA	Comune MODUGNO	Prov. BA	Cap 70026	Istat 072027	Asl ASL BA
Prefisso internazionale +39	Telefono 0805865541	Indirizzo Email staff.sindaco@comune.modugno.ba.it		Indirizzo Pec COMUNEMODUGNO@PEC.RUPAR.PUGLIA.I	
Indirizzo per l'invio della CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)					
PIAZZA DEL POPOLO, 16					
Nazione ITALIA	Comune MODUGNO	Prov. BA	Cap 70026	Istat 072027	
Indirizzo Email staff.sindaco@comune.modugno.ba.it		Indirizzo Pec COMUNEMODUGNO@PEC.RUPAR.PUGLIA.IT			
Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore		Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)			
Attività agricola (14)					
LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:					
☐ vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)					
☒ accreditato su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban		codice Iban IT67T0542441541000000156783			

L'INFORTUNIO È AVVENUTO:

Luogo dell'evento MODUGNO		Indirizzo (via, piazza,...numero civico) PIAZZA SEDILE				
Nazione ITALIA	Comune MODUGNO	Prov. Cap BA 70026	Istat 072027	Asl ASL BA		
Infortunio in itinere ☒ Sì ☐ No	Incidente con mezzo di trasporto ☐ Sì ☐ No	Incidente stradale ☐	Incidente ferroviario ☐	Incidente aereo ☐	Incidente navale ☐	Altro ☒
Presso altra azienda ☐ Sì ☐ No	Codice fiscale altra azienda 	Denominazione/Ragione sociale altra azienda 				
In regime di appalto, subappalto o altra forma di lavoro per conto di terzi ☐ Sì ☐ No						
Data evento (GG/MM/AAAA) 21/07/2024	Giorno festivo ☒ Sì ☐ No	Alle ore 01 : 10	Durante quale ora di lavoro (01, 02 ...) Durante il turno di notte ☒ Sì ☐ No			
L'infortunato ha abbandonato il lavoro (GG/MM/AAAA) ☐ Sì ☒ No		Alle ore 21/07/2024 03 : 52	Il datore di lavoro ha saputo del fatto il (GG/MM/AAAA) 22/07/2024			
Il datore di lavoro era presente? ☐ Sì ☒ No		Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? ☒ Sì ☐ No				
Se ha risposto no, perchè? 						

DATI CERTIFICATI MEDICI DA CUI SCATURISCE L'OBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

PRIMO CERTIFICATO MEDICO		CERTIFICATO MEDICO SUCCESSIVO AL PRIMO	
Numero identificativo certificato 		Numero identificativo certificato 	
Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA 21/07/2024		Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA 	
Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto il certificato medico GG/MM/AAAA 22/07/2024		Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico successivo al primo dal lavoratore GG/MM/AAAA 	
Prognosi riservata ☐ Malattia infortunio (15) ☒			
Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA 21/07/2024 al GG/MM/AAAA 27/07/2024		Periodo di prognosi dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA 	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'infortunio?

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO DURANTE L'ATTIVITA' LAVORATIVA DI VIGILANZA NOTTURNA A SEGUITO DI AGGRESSIONE**IN PARTICOLARE:**

Dove era il lavoratore al momento dell'infortunio?

IL DIPENDENTE SI TROVAVA PRESSO PIAZZA CAPITANEO (MODUGNO)

Che tipo di lavoro stava svolgendo il lavoratore al momento dell'infortunio?

IL DIPENDENTE STAVA SVOLGENDO IL SUO REGOLARE SERVIZIOEra il suo consueto lavoro? ☒ Sì ☐ No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore?

IL DIPENDENTE STAVA SVOLGENDO IL SUO REGOLARE SERVIZIO SU TURNI, PRESIDIANDO PIAZZA CAPITANEO

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?

IL DIPENDENTE ERA AGGREDITO DA SOGGETTO NOTO, DOPO ESSERE INTERVENUTO PER RICHIAMARLO ALL'ORDINE

In conseguenza di ciò, cosa è avvenuto al lavoratore?

E' STATO AGGREDITO ED HA SUBITO TRAUMI CONTUSIVISe l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri

Natura della lesione (16)

TRAUMA VOLTO

Sede della lesione (17)

VOLTO**DATI PER L'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA (art. 54 d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.):**La lesione ha provocato la morte? ☐ Sì ☒ NoSembra poterla provocare? ☐ Sì ☒ NoSembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? ☐ Sì ☒ NoQuanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? **7**Entro quanti giorni si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? **7**

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio

SI

La comunicazione dell'Ispettorato territoriale del lavoro circa la data e il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57 d.p.r. n. 1124/1965 deve essere inviata al datore di lavoro, all'infortunato o ai superstiti (indicare nome, cognome, residenza).

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI:

PRIMO TESTIMONE

Cognome		Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

SECONDO TESTIMONE

Cognome		Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

IN CASO DI INFORTUNIO CAUSATO DALLA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI (d.lgs 209/2005 e s.m.i.), INDICARE:

PRIMO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome			
Ragione sociale					
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

SECONDO VEICOLO

Targa veicolo	Compagnia assicurativa o impresa designata	Autorità di pubblica sicurezza intervenuta per i rilievi

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome		Nome			
Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome		Nome			
Ragione sociale					
Indirizzo di residenza (via, piazza,...numero civico)		Prefisso internazionale		Telefono	
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	

☒ DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:			
☐ Oraria ☐ Ore settimanali ☐ Giornaliera	☒ Mensile/mensilizzata ☐ Convenzionale ☐ Convenzionale artigiana ☐ Voucher	Importo 1902 , 25	
VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO: Retribuzione oraria/mensile pari a GG/MM/AAAA dal			
ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:			
Importo lavoro straordinario	Importo festività cadenti di domenica	Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio	
Importo diaria - trasferta	Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.	Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati	
ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:			
Tredicesima mensilità	in % oppure Importo	Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie	
Premio di produzione	in % oppure Importo	in % oppure giorni	
Altre mensilità aggiuntive	in % oppure Importo	Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. in %	
☐ DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:			
Durata normale della settimana di lavoro:	N. ore	Retribuzione convenzionale oraria:	Importo
INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE: Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:			
Generalità e recapito	Durata normale della settimana di lavoro:	Retribuzione convenzionale oraria	
1) _____	N. ore		
Generalità e recapito	Durata normale della settimana di lavoro:	Retribuzione convenzionale oraria	
2) _____	N. ore		
☐ DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):			
Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione:			
		☐ Lavoro flessibile ☐ Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)	
Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)			
Ore di lavoro annue previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno	N. ore		
Retribuzione annua tabellare (18) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria	Importo		
Ore di lavoro settimanali da retribuire (19) al lavoratore in forza di legge o per contratto	N. ore		
Ore di lavoro settimanali supplementari (20) da retribuire al lavoratore per contratto	N. ore		
Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (21)	N. ore		
Lavoro straordinario (22) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento	Importo		
INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE: Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)			
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)			

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

☐ Datore di lavoro

☒ Delegato/incaricato del datore di lavoro

☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome

FLORIO

Nome

MARIA ANTONIETTA

Codice fiscale

FLRMNT66P65Z120Y

Nato a

TARANTO

II (GG/MM/AAAA)

25/09/1966

Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)

VIALE DELLA REPUBBLICA, 46

Nazione

ITALIA

Comune

MODUGNO

Prov.

BA

Cap

70026

Istat

072027

Prefisso estero

+39

Telefono

0805865541

Indirizzo Email

avvocatura@comune.modugno.ba.it

Indirizzo Pec

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia/comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;

- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;

- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia/comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.: 3

Note

SI ALLEGA RELAZIONE DI INFORTUNIO, CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO E RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
DOCUMENTO DI IDENTITA'

GG/MM/AAAA

Data 23/07/2024

Timbro e firma



MARIA
ANTONIETTA
FLORIO
23.07.2024
14:16:23
GMT+01:00

COMUNE DI MODUGNO - C. 262 - REG. PROT. 0026432 - Iscritta - 23/07/2024 - 17:53
FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE