

 S.I.S.S.A I.S.A.S		COMUNICAZIONE D'INFORTUNIO	SETTORE
Data	Ora	Cognome e Nome dell'infortunato	
<input type="radio"/> Dipendente <input type="radio"/> Studente <input type="radio"/> Borsista <input type="radio"/> Personale Ditta esterna <input type="radio"/> Lavoratore autonomo <input type="radio"/> Lavoratore interinale <input type="radio"/> Collaboratore <input type="radio"/> Prestatore d'opera occasionale <input type="radio"/> Altro			
Luogo in cui è avvenuto l'incidente :		N. di ore trascorse dall'inizio dell'orario di lavoro	
Attività svolta al momento dell'infortunio / descrizione particolareggiata della dinamica e circostanze dell'infortunio:			
Descrizione del tipo e della sede della lesione:			
Viene richiesta: <input type="radio"/> visita medica <input type="radio"/> accertamento/ricovero ospedaliero <input type="radio"/> indagine Servizio di Prevenzione e Protezione			
Testimonianze			
Data di compilazione		Firma Responsabile	