

DITTA / AZIENDA

RACCOMANDATA A/R

Data, _____

Spett.le I.N.A.I.L.
Sede di __PARMA_____
VIA ABBEVERATOIA 71/A
43126 PARMA (PR)

e

Spett.le
QUESTURA DI _____
SINDACO DEL COMUNE DI

Oggetto: Denuncia di infortunio sul lavoro.

In data _____ alle ore _____ è avvenuto, nell'ambito della nostra attività, un infortunio sul lavoro al lavoratore sotto indicato:

Cognome e Nome: _____ Sesso: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residente a : _____ Via/Piazza: _____

Domicilio : (se diverso dalla residenza) _____

Posizione assicurativa INAIL N° _____ (Vedere busta paga in alto a destra)

Descrizione dell'infortunio: _____

Testimoni _____

L' infortunio è avvenuto nel Comune di _____ Via _____

L'infortunio ha causato l'inabilità temporanea al lavoro di n° _____ giorni (vedere certificato medico allegato).

Ricevuto in data _____.

Seguirà denuncia dettagliata dell'infortunio avvenuto, non appena gli uffici di Consulenza riapriranno dopo il periodo feriale, con i dati retributivi .

Distinti saluti.

TIMBRO E FIRMA

All.: n° 1 certificato medico