**Al Responsabile di Struttura**

***To the Head of the Administrative Division /
To the Dean of the Department***

**DATI DELL’OPERATORE ESPOSTO – *INJURED OPERATOR DATA***

Cognome e Nome / *Name and Surname:*

Sesso / *Sex :* M  F 

Data di nascita / *Birth Date :*

Luogo di nascita / *Birth Place :*

Qualifica / *Role :*

Struttura di afferenza / *Administrative Division / Department :*

Responsabile / *Responsible :*

**INFORMAZIONI SULL’INFORTUNIO – *ACCIDENT DESCRIPTION***

Data dell’infortunio / *Date of accident :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora / *Hour :*

Luogo(specificare indirizzo esatto) / *Place*  *(please write the exact address) :*

Breve descrizione dell’incidente / *Brief description of the accident :*

(in caso di infortunio in itinere, indicare se sono coinvolti altri veicoli) / *(in the case of an en route to the workplace accident, please report if other vehicles are involved):*

Accesso al PS / *Access to the First Aid Service :* No / *No*  Sì / *Yes* 

Si allega primo certificato medico di infortunio INAIL : No  Sì 

*The “First Medical Certificate” of the INAIL attesting the accident is attached?:* No / *No*  Sì / *Yes* 

 Data / *Date*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’infortunato

 *Injured person signature*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_