

Prot. n. 33355
del 30.10.2013

Ai Direttori di Dipartimento
Ai Direttori dei Centri di Ateneo
Ai Presidenti delle Scuole
Ai Dirigenti

e p.c. Ai Segretari Amministrativi di Dipartimento

L O R O S E D I

OGGETTO: Obbligo di invio telematico della denuncia/comunicazione di infortunio da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Con riferimento all'oggetto si comunica che a decorrere dal 1° luglio 2013 l'INAIL ha disposto, in attuazione del D. Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'amministrazione digitale) e del D.P.C.M. del 22 luglio 2011, l'obbligo di trasmissione in via telematica delle seguenti comunicazioni:

- a) denuncia a fini assicurativi degli infortuni che comportino un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni, **da effettuare all'INAIL entro 48 ore a decorrere dalla ricezione del certificato medico;**
- b) comunicazione a fini statistici ed informativi di tutti gli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, **da effettuare all'INAIL entro 48 ore a decorrere dalla ricezione del certificato medico.**

Per quanto sopra esposto si sottolinea l'urgenza per l'Amministrazione di acquisire **tempestivamente** da parte degli interessati, qualora si verifichi un evento infortunistico, la comunicazione di infortunio mediante la compilazione del modulo allegato (v. Allegato 1 e comunque disponibile nel sito dell'Area del Personale all'interno del menù "modulistica"), che dovrà essere sottoscritto dal responsabile della struttura di appartenenza dell'infortunato e inviato all'Area del Personale, mediante fax, al n. 06 57335240 per le denunce/comunicazioni di infortunio del personale docente e ricercatore, al numero 06 57335253 per quelle relative al personale tecnico amministrativo e bibliotecario e al n. 06 57335257 per quelle relative al personale con contratto di lavoro parasubordinato.

Nell'evidenziare che la procedura informatizzata introdotta dall'INAIL prevede l'impossibilità di avviare la trasmissione telematica dell'evento infortunistico qualora non vengano compilati tutti i campi richiesti, preme richiamare l'attenzione sulla necessità di completezza dei dati, nonché sulle sanzioni pecuniarie previste dall'art. 53 del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 applicate dall'INAIL in caso di invio tardivo della comunicazione.

Ringraziando della preziosa collaborazione, trasmetto i miei migliori saluti

Il Dirigente
Dott. Paolo CURSI



MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELL'INFORTUNIO¹

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____

DICHIARA

che in data _____ alle ore _____, è occorso il seguente infortunio:
(breve descrizione della dinamica dell'infortunio specificando il luogo, l'indirizzo, civico, c.a.p., città e della lesione subita)

Il dipendente ha abbandonato il luogo di lavoro ?

SI alle ore _____
NO

Indicare i dati di eventuali testimoni

Cognome _____
Nome _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

Cognome _____
Nome _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

Data, _____

Il dichiarante

Il responsabile struttura

¹ Il modulo dovrà essere inviato all'Area del Personale mediante fax al n. 06 57335240 per le denunce/comunicazioni di infortunio del personale docente e ricercatore, al n. 06 57335253 per quelle relative al personale tecnico amministrativo e bibliotecario e al n. 06 57335257 per quelle relative al personale con contratto di lavoro parasubordinato.

Se trattasi di infortunio in itinere compilare anche la sezione sottostante :

Incidente stradale ferroviario altro _____

Incidente con mezzo proprio SI NO

L'incidente è accaduto nell'usuale percorso casa-lavoro ? SI NO

DATI DELL'AUTOVEICOLO

targa veicolo _____ Compagnia assicurativa _____

autorità di pubblica sicurezza intervenuta nei rilievi _____

DATI DEL CONDUCENTE :

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

residente in _____ provincia _____

via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

residente in _____ provincia _____

via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

DATI DEL SECONDO VEICOLO COINVOLTO NELL'INCIDENTE:

targa veicolo _____ Compagnia assicurativa _____

autorità di pubblica sicurezza intervenuta nei rilievi _____

DATI DEL CONDUCENTE:

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

residente in _____ provincia _____

via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

DATI DEL PROPRIETARIO SE DIVERSO DAL CONDUCENTE:

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

residente in _____ provincia _____

via _____ n. _____, cap. _____ tel _____

Data, _____

Il dichiarante

Il responsabile struttura
