



# DENUNCIA DI INFORTUNIO

(da farsi entro due giorni da quello in cui il Datore di Lavoro ne ebbe notizia - Art. 27 Legge 22.12.55, n.42 e successive modifiche)

## IN CASO DI MORTE LA COMUNICAZIONE DEVE ESSERE IMMEDIATA

INFORTUNIO	Cognome _____	Qualifica _____
	Nome _____	Assunto il _____
	Luogo di nascita _____	Mansioni particolari affidate _____
	Data di nascita _____	_____
	a _____	_____
	Domicilio _____	_____
Cod. civile _____ <small>con</small> _____ figli a carico	_____ <small>senza</small>	_____

Quando è avvenuto l'incidente sul lavoro o in itinere? \_\_\_\_\_  
*Data* *ora precisa*

Dove? \_\_\_\_\_

Il lavoratore ha lasciato immediatamente il lavoro? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_  
*Giorno* *ora*

Quali sono state le cause e le circostanze dell'incidente? \_\_\_\_\_

Indicare cognome, nome e domicilio di eventuali testimoni dell'incidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

_____
<i>Denominazione o generalità del Datore di Lavoro</i>
_____
<i>Natura dell'attività</i>
_____
<i>Sede</i>

San Marino, li \_\_\_\_\_ **IL DATORE DI LAVORO** \_\_\_\_\_

*Timbro e Firma*