

 COMUNE DI FERRARA Città Patrimonio dell'Umanità	Sistema di Gestione Ambientale	P.G. N°.
	MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI EVENTO QUALIFICATO COME INFORTUNIO O QUASI INFORTUNIO	PS Segnalazione infortunio rev 4 del 6.11.12
		Pag. 1/3

DA COMPILARSI A CURA DEL DIPENDENTE IN OCCASIONE DI INFORTUNIO O QUASI INFORTUNIO

Nome e cognome dipendente:			
Settore di appartenenza:			
Servizio/Unità Organizzativa:			
Ufficio:			
Mansione del dipendente:			
Data dell' evento:		Ora dell' evento:	
Località dell' evento:	Italia <input type="checkbox"/>	Estero <input type="checkbox"/>	Provincia: <input type="text"/>
Ora di lavoro:	(indicare prima 01, seconda 02, terza 03, ecc.)		
Data di abbandono del lavoro:		Alle ore:	

Cause e circostanze:

Tipo di infortunio:	Mancato	<input type="checkbox"/>	Lieve	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>
Luogo in cui è avvenuto l' evento (es. nella sede di lavoro, nel magazzino, etc...)						
Attività svolta al momento dell' evento:						
Attività lavorativa consueta:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Numero di persone coinvolte:						
Testimoni dell' accaduto:						
Descrizione della dinamica dell' accaduto:						

 COMUNE DI FERRARA Città Patrimonio dell'Umanità	Sistema di Gestione Ambientale	P.G. N°.
	MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI EVENTO QUALIFICATO COME INFORTUNIO O QUASI INFORTUNIO	PS Segnalazione infortunio rev 4 del 6.11.12
		Pag. 2/3

Probabile causa che ha determinato l' evento:

Difettosità attrezzatura / macchina	<input type="checkbox"/>	Postazione non idonea	<input type="checkbox"/>
Illuminazione non sufficiente	<input type="checkbox"/>	Disattenzione	<input type="checkbox"/>
Spazio non sufficiente	<input type="checkbox"/>	Imprevisto	<input type="checkbox"/>
Mancanza Procedure Operative	<input type="checkbox"/>	Altro _____	<input type="checkbox"/>
Caduta dall' alto:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Metri: _____

Conseguenze dell' accaduto:

Natura della lesione:

(es. abrasione, taglio, ustione, frattura, contusione, ecc.)

Sede della lesione:

(es. mano destra, piede sinistro, torace, ecc.)

Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

indossati dal lavoratore al momento dell' infortunio:

Miglioramenti suggeriti dal dipendente:

Data: _____

Firma _____

 COMUNE DI FERRARA Città Patrimonio dell'Umanità	Sistema di Gestione Ambientale	P.G. N°.
	MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI EVENTO QUALIFICATO COME INFORTUNIO O QUASI INFORTUNIO	PS Segnalazione infortunio rev 4 del 6.11.12
		Pag. 3/3

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL DATORE DI LAVORO:

Datore di Lavoro:

Data ricezione della

comunicazione dell' evento:

	Data ricezione del primo certificato medico:	

Azioni correttive suggerite dal Datore di Lavoro:

Data: _____

Firma del Datore di Lavoro _____

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (R.S.P.P.):

Proposta di azioni correttive da adottare:

--

Data: _____

Firma del Responsabile del Servizio di Prevenzione e
Protezione (R.S.P.P) _____

MISURE CORRETTIVE ADOTTATE DAL DATORE DI LAVORO:

Descrizione delle azioni correttive adottate:

Tempi di attuazione:

Responsabile attuazione delle azioni
correttive:

Data: _____

Firma del Datore di Lavoro _____