

	Direzione Sanitaria		Mod. 0037	Pag. 1 di 4
	MODULO INFORTUNIO E QUASI INFORTUNIO		Parola chiave: <i>infortunio</i>	
			Rev. 00	del 02/03/2026

Modulo di raccolta dati
 (a cura del Servizio Prevenzione Protezione)

COMPILATORE (nome e cognome):	RUOLO:
	DATA:

TIPOLOGIA EVENTO (barrare) ☐ INCIDENTE ☐ INFORTUNIO ☐ QUASI INCIDENTE ☐
Luogo evento: _____ Data evento: _____ Ora evento: _____

DATI INFORTUNATO		
DIPENDENTE ☐		
Nome:	Cognome:	Mansione:
CF:	Nato a:	Nato il:
Residente a:		
Tipo di contratto:		Anzianità lavorativa:
☒ Tempo pieno ☐ Part time: ore		Reparto:
Reparto in cui opera abitualmente il lavoratore:		
LIBERO PROFESSIONISTA ☐		
Nome:	Cognome:	Età
IMPRESA APPALTATRICE ☐		
Nome:	Cognome:	Azienda:
ALTRO ☐ Specificare _____		
Nome:	Cognome:	Azienda:

INAIL

del 02/03/2026

PERSONE COINVOLTE / TESTIMONI	
PERSONA N. 1	
Nome:	Cognome:
Coinvolto nella dinamica dell'incidente? ☐	Dipendente? ☐
Note (indicare come coinvolto nell'incidente/ se utilizzava attrezzature / se manipolava materiali)	
PERSONA N.2	
Nome:	Cognome:
Coinvolto nella dinamica dell'incidente? ☐	Dipendente? ☐
Note (indicare come coinvolto nell'incidente/ se utilizzava attrezzature / se manipolava materiali)	

MODULO INFORTUNIO E QUASI INFORTUNIO

Mod. 0037

Pag. 3 di 4

Parola chiave:

infortunio

Rev. 00

del 02/03/2026

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO/INCIDENTE E DEI SUOI ESITI

0.	Testimoni oculari:	☐ SI ☐ NO	In caso di infortunio indicare i nominativi dei testimoni e firma:	
			Nome e cognome:	Firma:
			Nome e cognome:	Firma:
			Nome e cognome:	Firma:
1.	Descrizione dei testimoni dell'infortunio/incidente			
	Dichiarazione rilasciata da:			
	Dichiarazione rilasciata da:			
2.	Descrizione sintetica dell'accaduto: (sintesi delle testimonianze)			
3.	Dispositivi di sicurezza e protezione presenti al momento dell'infortunio/incidente			
4.	Che tipo di lavorazione stava svolgendo?			
5.	Al momento dell'infortunio cosa stava facendo in particolare il lavoratore?			
6.	Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?			
7.	In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?			
8.	Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri _____			

Scheda incidente

INAIL

	Direzione Sanitaria		Mod. 0037	Pag. 4 di 4
	MODULO INFORTUNIO E QUASI INFORTUNIO		Parola chiave: <i>infortunio</i>	
			Rev. 00	del 02/03/2026

Scheda Incidente	9.	Sede della lesione che si è/si poteva verificare:																					
		Testa	☐	Mano	☐	☐	D	S	Gomito	☐	☐	D	S	Piede	☐	☐	D	S	Torace	☐	Ventre	☐	☐
		Collo	☐	Braccio	☐	☐			Ginocchio	☐	☐			Gamba	☐	☐			Schiena	☐	occhio	☐	☐
	10.	Natura della lesione che si è/si poteva verificare:																					
		Escoriazione	☐					Contusione	☐					Lombalgia	☐								
	Ustione	☐					Distorsione	☐					Dolore	☐									
	Frattura	☐					Lussazione	☐					Corpo estraneo	☐									
	Amputazione	☐					Infrazione muscolare	☐					Altro.....	☐									
11.	L'infortunato è stato medicato in stabilimento												☐	SI	☐	NO							
	L'infortunato abbandona il lavoro												☐	SI	☐	NO							
	L'infortunato usava i DPI												☐	SI	☐	NO							
	I DPI hanno protetto adeguatamente												☐	SI	☐	NO							
12.	Giorni di assenza relativi alla prima prognosi:																						
	Giorni di assenza attribuiti successivamente:																						
13.	In caso di infortunio																						
	Dichiarazione rilasciata dall'infortunato:																						
	Firma dell'infortunato:																						

ALLEGATI A MODULO DI RACCOLTA DATI

- ☐ DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA LUOGO DELL'INCIDENTE
- ☐ REFERTO PRONTO SOCCORSO
- ☐ VERBALE ASL
- ☐ VERBALE FORZE DELL'ORDINE

Il presente modulo di raccolta dati deve essere inviato tramite mail a:

- RSPP/SPP
- UFFICIO DEL PERSONALE
- UFFICIO LEGALE

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	