

MODULO DICHIARAZIONE INFORTUNIO*(da compilare da parte del lavoratore dipendente dell' ASL Roma I, prima possibile)*Inviare al Direttore UO/Responsabile di Struttura, al SPP: uocsprm@aslroma1.it ed all'Ufficio Infortuni: gestione.infortuni@aslroma1.it

Nome e Cognome dell'Infortunato _____ Matricola _____ U.O./Servizio _____

Qualifica _____ Mansione _____ Data infortunio ____/____/____ Ora _____

Luogo (indicare specifici punti di riferimento) _____
_____Breve descrizione dei fatti (circostanze, cause e conseguenze immediate) _____

_____Modalità con le quali sono state prestate le prime cure e se è stato necessario l'intervento di un'ambulanza _____

Giorni di malattia / prognosi iniziale _____

Nominativi di eventuali testimoni e, laddove possibile, dei recapiti telefonici _____

Si indossavano i dispositivi di protezione individuale (DPI) necessari e prescritti _____

Quali _____

Numero telefono infortunato +39 _____

Data ____/____/____

Firma del Lavoratore