

RAPPORTO INFORTUNIO

(da compilare a cura del diretto responsabile della persona infortunata, possibilmente nello stesso giorno dell'infortunio)

Inviare unitamente al Modulo I (compilato dall'infortunato) a: uocsprm@aslroma1.it

Nominativo dell'Infortunato _____ Matricola _____ U.O./Servizio _____
 Profilo _____ Data infortunio _____ Ora _____ Luogo dell'infortunio _____

IL LAVORO SVOLTO DALL'INFORTUNATO ERA QUELLO ABITUALE? SI ☐ NO ☐

BREVE DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO (specificare le modalità di accadimento: quale fase del lavoro si stava eseguendo, quali impianti, attrezzature o macchinari ovvero sostanze o preparati, siano stati coinvolti o si stavano utilizzando)

L'INFORTUNATO HA ABBANDONATO IL POSTO DI LAVORO? SI ☐ NO ☐ alle ore _____

L'INFORTUNATO INDOSSAVA I DPI NECESSARI E PREVISTI?

SI ☐ elencare i DPI _____NO ☐ elencare i DPI che avrebbe dovuto utilizzare _____TRATTASI DI INFORTUNIO IN ITINERE? SI ☐ NO ☐

SE SI, INDICARE LE ORE DI SERVIZIO PRESTATE NEL TURNO: _____

PERSONE PRESENTI ALL'ACCADUTO: _____

QUALI IPOTESI È POSSIBILE INDIVIDUARE SULLE CAUSE DELL'INFORTUNIO:

- ☐ Assenza di procedure
☐ Inosservanza/violazione delle procedure
☐ Comportamento imprudente del lavoratore
☐ Carenza formativa
☐ Inosservanza utilizzo dei DPI previsti
☐ Disfunzione organizzativa del lavoro
☐ Situazione non prevedibile
☐ Utilizzo di attrezzature inadeguate e/o difettose
☐ Condizioni psico/fisiche dell'infortunato
☐ Altro (specificare): _____

Data _____

Dirigente / Preposto
