

RAPPORTO INFORTUNIO LAVORATORE ESTERNO
(da compilare a cura del RUP/DEC dell'Appalto, possibilmente nello stesso giorno dell'infortunio)

Inviare 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:

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

Data _____

RUP / DEC
