

Notifica d'infortunio LAINF <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia prof.		<input type="checkbox"/> Lesione dentaria <input type="checkbox"/> Ricaduta		N. infortunio	
1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Telefono	N. contratto/polizza.		
		Responsabile (nome/cognome, n. telefono, indirizzo e-mail)			
		Abituale posto di lavoro dell'infortunato (ramo d'impresa)			
2. Infortunato	Nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	N. AS / N. AVS		
		Telefono (se disponibile)	Nazionalità		
	Soggetto all'imposta alla fonte:	Stato civile	Figli fino a 18 anni o in formazione fino a 25 anni numero <input type="checkbox"/> nessuno		
3. Impiego	Data dell'assunzione	Professione svolta	Gruppo/cerchia di persone		
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio	<input type="checkbox"/> Impiegato/operaio	<input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante		
	rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato	<input type="checkbox"/> Risoluzione del rapporto di lavoro		
	Orario di lavoro dell'infortunato: ore settimanali	Grado di occupazione come da contratto: %			
	Orario di lavoro aziendale: ore settimanali	Occupazione:			
4. Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore	
5. Luogo dell'infortunio	Località (nome o NPA) e posto esatto (ad es. officina, strada)				
6. Descrizione dell'infortunio	Attività svolta al momento dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, oggetti coinvolti, veicoli				
	(Sospetta malattia professionale)	Persone coinvolte: Esiste un rapporto della polizia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sconosciuto			
7. Infortunio professionale	Oggetti coinvolti (p. es. macchine, utensili, veicoli, sostanze: indicare in modo preciso)				
8. Infortunio non professionale	Fino a quando ha lavorato l'infortunato per l'ultima volta nell'impresa prima dell'infortunio (giorno, data, ora)? fino al: Motivo dell'assenza:				
9. Lesione					
10. Inabilità lavorativa	Il lavoro è stato interrotto in seguito all'infortunio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, da quando?				
	Durata presumibile incapacità lavorativa oltre un mese: <input type="checkbox"/>	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando? <input type="checkbox"/> totalm <input type="checkbox"/> in parte			%
11. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo		
12. Salario	CHF per		all'ora	al mese	all'anno
	Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo)				
	Indennità figli/famiglia				
	Indennità vacanze/giorni festivi				
	Gratifica/tredicesima				
	Supplementi di salario (ad es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno)				
Denominazione:					
13. Casi speciali	<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa per imprenditori		<input type="checkbox"/> Familiare collaborante, socio		
	<input type="checkbox"/> Altri datori di lavoro:				
14. Altre prestazioni di assicurazioni sociali	L'infortunato ha già diritto a indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, casse disoccupazione o ad un'indennità in caso di maternità? Se sì, di quale assicurazione?				

Inviare a:
CONCORDIA

Luogo e data

Timbro e firma