



INDUSTRIA ACQUA SIRACUSANA S.p.A.

## Rapporto di infortunio o medicazione

		infortunio <input type="checkbox"/>	medicazione <input type="checkbox"/>	data compilazione	
LUOGO dove si è verificato l'evento			IMPRESA di appartenenza		
Cognome Nome dell'infortunato			Matricola Aziendale		
Data di Nascita	Anno Assunzione	Anzianita' di mansione	Inquadramento Categoria	Data e ora dell'evento	dopo quante ore di lavoro
<b>TURNO</b>	mattino <input type="checkbox"/>	pomeriggio <input type="checkbox"/>	notte <input type="checkbox"/>	giornaliero <input type="checkbox"/>	straordinario <input type="checkbox"/>
giorni di prima prognosi			mansione svolta dal soggetto interessato		
Natura Sede della lesione e Prognosi Iniziale					
persone presenti all'evento (testimoni oculari)					
Descrizione dell'evento (indicare dettagliatamente: 1° posizione fisica della persona interessata all'evento; 2° come veniva eseguita la fase di lavoro specificando quali utensili, attrezzature, macchine, impianti e materiali venivano utilizzati e quali persone prendevano parte all'operazione; 3° che cosa è avvenuto che ha provocato l'evento.					
Cause che hanno determinato l'infortunio:					
strutturale <input type="checkbox"/>	mancato uso di DPI <input type="checkbox"/>	disattenzione <input type="checkbox"/>	errato metodo di lavoro <input type="checkbox"/>	altro: ..... <input type="checkbox"/>	
Mezzi di sicurezza e/o protezioni previsti non utilizzati:					
elmetto <input type="checkbox"/>	calzature antiforunistiche <input type="checkbox"/>	maschera antigas e filtro combinato <input type="checkbox"/>	occhiali <input type="checkbox"/>	camicia a manica lunga <input type="checkbox"/>	visiera <input type="checkbox"/>
<b>Tuta</b>	<b>Guanti</b>		<b>Stivali</b>	<b>Altri</b>	
generica <input type="checkbox"/>	antiacido <input type="checkbox"/>	generici <input type="checkbox"/>	antiacido <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	
antiacido <input type="checkbox"/>	anticalore <input type="checkbox"/>		dielettrici <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	
anticalore <input type="checkbox"/>	dielettrici <input type="checkbox"/>			..... <input type="checkbox"/>	
Provvedimenti adottati e/o suggeriti per evitare il ripetersi di analoghi infortuni:					
Compilatore:		Mansione e unità di appartenenza:		Firma:	