

# Segnalazione di infortunio sul lavoro<sup>(1)</sup>



Timbro dell'Ufficio Sanitario

.....

Data compilazione..... Numero Progressivo<sup>(2)</sup>.....

<b>Generalità</b>	Qualifica .....
	Cognome e Nome .....
	Luogo e data di nascita .....
	Ufficio di appartenenza .....

Data	Ora	Turno di servizio
Località .....		

<b>Modalità</b>	In servizio <input checked="" type="checkbox"/>	In itinere <input type="checkbox"/>
	Investimento Pedonale <input type="checkbox"/>	Alla guida <input type="checkbox"/>
	Incidente stradale <input type="checkbox"/>	Trasportato <input type="checkbox"/>
	Attività addestrativa <input type="checkbox"/>	Attività operativa <input type="checkbox"/>
	Caduta accidentale <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

Descrizione sintetica del sinistro .....

.....

.....

Referto	Pronto Soccorso <input type="checkbox"/>	Ufficio Sanitario Polizia di Stato <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Diagnosi	.....		
Prognosi	Giorni <input type="checkbox"/>	Riservata <input type="checkbox"/>	Decesso <input type="checkbox"/>
Ricovero ospedaliero	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Osservazioni .....

.....

.....

Il Sottoscritto ..... conferma quanto sopra riportato circa le modalità dell'evento lesivo.

Firma ..... Firma .....

(DIPENDENTE) (MEDICO)

NOTE: (1) DA INVIARE IN TUTTI I CASI DI INFORTUNIO LAVORATIVO E "IN ITINERE" ALLA DIREZIONE CENTRALE DI SANITA' DELLA POLIZIA DI STATO E ALL'UFFICIO CENTRALE ISPETTIVO - UFFICIO DI VIGILANZA  
 (2) NUMERO PROGRESSIVO/ANNO