

AZIENDA:

Data ed ora infortunio:

Nome e cognome
infortunato:

Mansione svolta
dall'infortunato:

Luogo/postazione
infortunio:

Attività svolta al momento
dell'infortunio:

Ora di abbandono del posto di lavoro:

Tipo di infortunio (*barrare la casella corrispondente*):

Mancato	Lieve	Grave	Mortale
---------	-------	-------	---------

Mancato = Incidente senza infortunio; Lieve = Infortunio con prognosi inferiore a 40gg; Grave = Infortunio con prognosi superiore a 40gg

DPI indossati dal lavoratore
al momento dell'infortunio:

Cause possibili che hanno
provocato l'infortunio:

Descrizione dinamica
dell'infortunio:

Testimoni
dell'infortunio:

Miglioramenti
suggeriti:

Il Responsabile: Data compilazione:

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL R.S.P.P.

Azioni correttive da
adottare:

Tempi di attuazione:

Responsabile attuazione
delle azioni correttive:

Verifica corretta attuazione
azioni correttive: