

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

COMUNE DI MODUGNO

Denuncia di infortunio sul lavoro

da presentare entro due giorni alla Autorità di Pubblica Sicurezza  
del Comune ove avvenne l'infortunio  
(Art. 54 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124)

Provincia di BARI

26315  
5 - GIU. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Comune di Modugno  
(dove ha sede lo stabilimento o l'impresa)

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. Nome e cognome, ditta, ragione o denominazione sociale del datore di lavoro:                                                                                                                                                                                               | Fasc. _____ Sottofasc. _____                                                                                                             | COMUNE DI MODUGNO |
| 2. Oggetto dell'impresa o della lavorazione                                                                                                                                                                                                                                   | COMANDO DI POLIZIA MUNICIPALE                                                                                                            |                   |
| 3. Istituto con il quale il datore di lavoro è tenuto all'assicurazione dei propri dipendenti, a termine del D.P.R. 30.6.65, n. 1124                                                                                                                                          | INAIL                                                                                                                                    |                   |
| 4. Luogo in cui è avvenuto l'infortunio:                                                                                                                                                                                                                                      | MODUGNO<br>CONTRADA LA MARCHESA                                                                                                          |                   |
| 5. Data dell'infortunio:                                                                                                                                                                                                                                                      | 31.05.2003 giorno SABATO<br>ora: ant. _____ pom. 16.15                                                                                   |                   |
| 6. Persone rimaste lese nel medesimo infortunio: N.                                                                                                                                                                                                                           | 01 (per ogni dipendente deve essere compilato un esemplare del presente modulo)                                                          |                   |
| 7. Infortunato: nome                                                                                                                                                                                                                                                          | ANNA MARIA                                                                                                                               |                   |
| sempre                                                                                                                                                                                                                                                                        | F.                                                                                                                                       |                   |
| luogo e data di nascita                                                                                                                                                                                                                                                       | BARI 06.11.1964                                                                                                                          |                   |
| occupazione abituale                                                                                                                                                                                                                                                          | MODUGNO OPERATORE P.                                                                                                                     |                   |
| residenza                                                                                                                                                                                                                                                                     | MODUGNO - VIA MAGNA GRECIA, 14                                                                                                           |                   |
| 8. Natura, causa accertata o presunta e circostanze dell'infortunio, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e di prevenzione (1) (precisare la macchina, il lavoro, il fatto che fu occasione dell'infortunio ed il modo in cui questo è avvenuto): | DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO, INAVVERTITAMENTE POGGIAR<br>I PIEDI SU ALCUNE PIETRE TRABALLANTI CADENDO ROVINOSAMENTE PER<br>TERRA |                   |
| 9. Dov'è stato trasportato l'infortunato? (se è stato ricoverato in Ospedale, precisare quale)                                                                                                                                                                                | PRONTO SOCCORSO - OSPEDALE<br>SAN PAOLO - BARI                                                                                           |                   |
| 10. Natura ed entità delle lesioni:                                                                                                                                                                                                                                           | CONTUSIONE DI SPALLA ED EMICOSTATO DX                                                                                                    |                   |
| 11. La lesione ha avuto per conseguenza la morte?                                                                                                                                                                                                                             | NO                                                                                                                                       |                   |
| Oppure l'invalidità permanente al lavoro (assoluta o parziale)?                                                                                                                                                                                                               | NO                                                                                                                                       |                   |
| Per quanti giorni si presume che possa durare l'invalidità temporanea al lavoro?                                                                                                                                                                                              | GG. 7 SC                                                                                                                                 |                   |
| Entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo?                                                                                                                                                                                                 | GG. 7                                                                                                                                    |                   |
| 12. Testimoni dell'infortunio (nome, cognome e indirizzo):                                                                                                                                                                                                                    | APM FOGGETTI E NELLO ATTOLICO                                                                                                            |                   |
| 13. Nome, cognome e residenza del titolare o del rappresentante legale della ditta                                                                                                                                                                                            | COMUNE DI MODUGNO<br>P. 22A DE' TROPOLI N. 16<br>70026 MODUGNO                                                                           |                   |
| e _____ dell'infortunato<br>dei superstiti del lavoratore                                                                                                                                                                                                                     | 70026 MODUGNO                                                                                                                            |                   |

Adde

Vedi « AVVERTENZE » a tergo



IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO PERSONALE  
(Dr.ssa Beatrice MAGGIO)

|                                                                                                                               |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Provincia di _____                                                                                                            | Comune di _____                                                |
| Ricevuta che l'Autorità di Pubblica Sicurezza deve restituire alla persona che presenta la denuncia                           |                                                                |
| Si dichiara che la Ditta _____ con sede in _____                                                                              |                                                                |
| ha presentato al sottoscritto il giorno _____ del mese di _____ 19 _____ denuncia di un infortunio occorso a n. _____ persone |                                                                |
| (cognome e nome) _____                                                                                                        |                                                                |
| Timbro<br>Assicurazione                                                                                                       | il giorno _____ del mese di _____ 19 _____ nel Comune di _____ |

**FAX**

**COMUNE DI MODUGNO**  
Prot. n. 0025737  
- 3 GIU. 2003  
Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_  
Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

Data: 3 GIU. 2003

Numero di pagine, inclusa la copertina: 2

A:

Spett.le

I.N.A.I.L.

BARI / 1

LUNGOMARE TRIESTE, 28

BARI

Telefono:

Fax:

5436233

Cc:

Da:

Ufficio del Personale

e mail:

Telefono:

080 5865218 - 217

Fax:

080 5865218 - 080 5325740

NOTE:

☒ Urgente☐ Per revisione☐ RSVP☐ Vs. commenti

TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE  
RELATIVO ALL'INFORTUNIO O.P.M.  
LIUZZI ANNA MARIA.



IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO PERSONALE  
(Dr.ssa Beatrice MAGGIO)



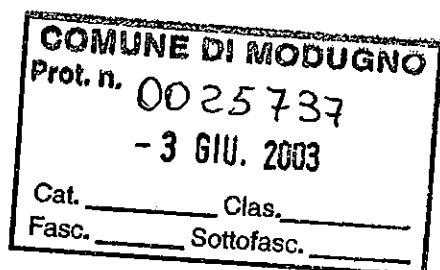
# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

INAILFAX.01/LETPER03

I° SETTORE SEGRETERIA -AFFARI GENERALI- PERSONALE  
SEZIONE PERSONALE

Prot.



Modugno, 03 GIUGNO 2003

SPETT.LE I.N.A.I.L.BARI /1  
LUNGOMARE TRIESTE N. 29

B A R I

OGGETTO: Infortunio sul lavoro dipendente LIUZZI ANNA MARIA  
(OPERATORE POLIZIA MUNICIPALE) avvenuto sabato 31 maggio 2003.  
(trasmissione documentazione).

Si comunica che il dipendente, in oggetto generalizzato, ha fatto pervenire, in data 03 giugno 2003, certificazione dell'Ospedale S. Paolo - Bari - servizio di pronto soccorso, attestante l'infortunio sul lavoro avvenuto il 31 maggio 2003, alle ore 17.00 circa.

Si allega la seguente documentazione:

- Certificato del pronto soccorso dell'Ospedale S. Paolo di Bari.

Segue ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

A.S.L. BA/4  
"PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO"  
70123 BARI

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 31/05/2003 ORA: 17:44 PRESTAZIONE: 20/ 15270

COD.SAN.PERS.: COD.FISC.: LZZNMR64S46A662U  
COGNOME NOME : LIUZZI/ANNA MARIA TEL.  
NATO A .....: BARI IL 6/11/1964  
RESIDENTE A ..: MODUGNO VIA: VIA MAGNA GRECIA 14

ANAMNESI:

DURANTE IL SERVIZIO NELLO SVOLGIMENTO DELLE SUE MANSIONI CADE URTANDO CONTR UN TUFO

DATI CLINICI:

DOLENTE LA DIGITOPRESSIONE DEL TROCHITE OMERALE DX .DOLORE ALLA DIGITOPRESS E IN SEDE DI EMITORACE DX

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

TRAUMA CONTUSIVO EMICOSTATO DX E BRACCIO DX

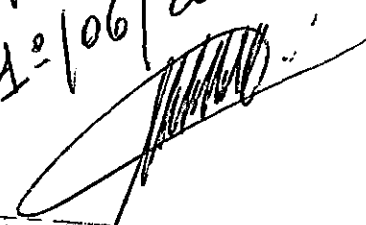
DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

CONTUSIONE DI SPALLA ED EMICOSTATO DX

PRESTAZIONI: VISITA INTERNISTICA

RADIOLOGIA  
ORTOEPIA  
TERAPIE:

IMMUNOPROF. ATT.:  
IMMUNOPROF. PAS.:  
E S A M I : RADIOLOGIA ORTOPEDIA

Visita  
12/06/2003  
  
COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 25660

- 3 GIU. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_  
Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONI:

MOBIC 15 MG : 1 CP DIE A PRANZO X 5 GG  
CRIOVEN GEL BUSTINE : 1 X 2 X 5 GG

CAUSA: INFORTUNIO LAVORO INAIL INDST.

PROGNOSI: GIORNI 7 s.c.

17:44

REFERTO A.G. /

RIFIUTO :

FIRMA DEL PAZIENTE : \_\_\_\_\_

CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS. 31/05/2003 18:36

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA  
BANDINI MARIAROSARIA  


RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 03/06/2003 15:14

DATA,ORA  
FAX N./NOME  
DURATA  
PAGINE  
RESULT  
MODD

03/06 15:10  
0805436233  
00:00:48  
03  
OK  
STANDARD  
ECM



**COMUNE DI MODUGNO**  
PROVINCIA DI BARI

INAILCOM.04/LETPER03

**I° SETTORE SEGRETERIA -AFFARI GENERALI- PERSONALE**  
**SEZIONE PERSONALE**

Prot. 26312

Modugno, 05 GIUGNO 2003

SPETT.LE I.N.A.I.L.BARI /1  
LUNGOMARE TRIESTE N. 29

B A R I

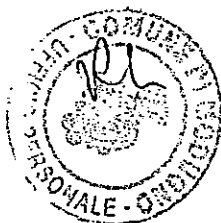
OGGETTO: Infortunio sul lavoro dipendente LIUZZI ANNA MARIA  
(OPERATORE POLIZIA MUNICIPALE) avvenuto sabato 31 maggio 2003.  
(trasmissione documentazione).

Si trasmette, a completamento della pratica di infortunio di cui all'oggetto, dichiarazione dell'accaduto a firma dell'interessata; denuncia di infortunio su modello INAIL e copia del certificato dell'ospedale SAN PAOLO - BARI - SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO.

L'apertura della pratica suddetta è stata anticipata per via FAX in data 03 giugno 2003, come da rapporto di verifica che ad ogni buon fine si allega alla presente.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Distinti saluti.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

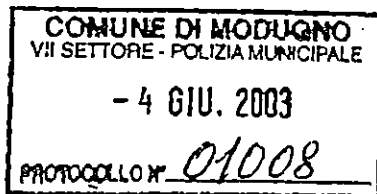


# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

Al Dirigente VII Settore  
Comandante la P.M.  
Magg. Nicola Del Zotti  
SEDE MODUGNO

Rif. Prot. 25660  
N.  
Del 03/06/2003



Oggetto: Rapporto di servizio.

In data odierna alle ore 16.15 circa la sottoscritta, in servizio comandato come da disposizioni, in pattuglia con l'A.P.M. Foggetti e coadiuvati dal M.llo Attolico, si recava su segnalazione della C.O. in c.da La Marchesa per la rilevazione di un sinistro.

Giunti sul posto, durante lo svolgimento del servizio, la scrivente ha inavvertitamente poggiato i piedi su alcune pietre traballanti che delimitavano i margini della stretta strada vicinale cadendo rovinosamente; in seguito chiedeva di essere accompagnata al pronto soccorso del vicino ospedale dove le sono stati diagnosticati una contusione di spalla ed emicostato dx con una prognosi di gg. 7.

Si rapporta per dovere di servizio.

Modugno, 31 Maggio 2003

A.P.M. LIUZZI Anna Maria

All.ti : copia referto pronto soccorso.



INFORTUNATO

DATORE  
DI  
LAVOROL'INFORTUNIO  
È AVVENUTO:IL DATORE  
DI LAVORO

## 5 5 DENUNCIA D'INFORTUNIO

alla Sede di

BARI

n. 406 del  
reg. inf.

N. CASO - RISERVATO ALL'INAIL

TRATTAZ.

CODICE FISCALE

COGNOME

LIUZZI

NOME

ANNAMARIA

SESSO

2 1 maschio  
2 femmina

NATO IL

06/11/64

A

BARI

PROV.

BA

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

MAGNA GRECIA 14

segue INDIRIZZO

FRAZIONE

COMUNE

MODUGNO

PROV.

BA

C.A.P.

70026

CODICE ISTAT

CODICE USL

CODICE SANITARIO

CODICE INPS

SITUAZIONE FAMILIARE

1 coniug. 2 cel./nub.  
3 separato/a 4 divorziato/a  
5 vedovo/a

PERSONE A CARICO

SI NO

E' PARENTE DEL

DATORE DI LAVORO? SI NO

DATA DI ASSUNZIONE

01/11/00

MESTIERE O MANSIONE

OPERATORE P.M.

QUALIFICA O LIVELLO

C 2

CONTRATTO COLLETTIVO

POSIZIONE ASSICURATIVA

COD. CONTROLLO

CODICE FISCALE

70065365 07

80017070725

NOME E COGNOME O RAGIONE SOCIALE DEL DATORE DI LAVORO O AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (Ministero, Ente nazionale, Ente locale, ecc.)

CODICE MINISTERO

COMUNE DI MODUGNO

INDIRIZZO (via, piazza, ecc.), E NUMERO CIVICO

P.ZZA DEL POPOLO, 16

C.A.P.

70026

COMUNE

MODUGNO

PROV.

BA

CODICE ISTAT

LOCALITA' DEI LAVORI O SEDE DELLO STABILIMENTO (per l'amministrazione pubblica: Direzione Generale, Direzione Centrale, ecc.)

A (Comune)

MODUGNO

C.A.P.

70026

CODICE ISTAT

CODICE USL

ALL'INTERNO

DELLO

STABILIMENTO? SI NO

SE SI, IN QUALE REPARTO

DURANTE QUALE ORA DI LAVORO?

prima, seconda, terza, ecc.

= 01 - 02 - 03 ecc.

02

DURANTE

IL TURNO

NOTTURNI? SI NO

DATA DI ASSUNZIONE DEL LAVORO

31/05/03

IL

31/05/03

ALLE ORE

16.15 CA

ERA PRESENTE

SI NO

HA SAPUTO DEL FATTO IL

31/05/03

COME

DA CERTIFICAZIONE OSPEDALE F. P. 606

RITIENE LA DESCRIZIONE

RISPONDENTE A VERITA' X NO

IN CASO NEGATIVO PERCHÉ?

ATTENZIONE: scrivere le date nella forma ggmmaa - nelle risposte SI o NO barrare la casella interessata

DATI RETRIBUTIVI, ESPOSTI AL LORDO, OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (esclusi quelli relativi agli addetti ai servizi domestici e familiari)

LA RETRIBUZIONE (paga base + contingenza + scatti di anzianità, ecc.) È COMPUTATA SU BASE:

ORARIA

SI NO

DURATA ORARIA

SETTIMANALE

A

GIORNALIERA

SI NO

MENSILE O MENSILIZZATA

SI NO

CONVENZIONALE

SI NO

ARTIGIANA

SI NO

PARI A LIRE

B

PARI A LIRE

C

PARI A LIRE

D

PARI A LIRE (per artigiani e altre categorie)

E

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? - se la risposta è affermativa compilare la riga sottostante

RETRIBUZIONI PARI A LIRE

F

DAL

G

DURATA ORARIA

SETTIMANALE

DAL

H

ELEMENTI  
AGGIUNTIVI DELLA  
RETRIBUZIONE  
RIFERITI AI 15  
GIORNI PRECEDENTI  
LA DATA  
DELL'INFORTUNIOLAVORO  
STRAORDINARIO

PARI A LIRE

H

SOMMA DELLE INDENNITÀ E MAGGIORAZIONI PER: mensa, trasferta, tumi, lavoro notturno a festivo ecc.

PARI A LIRE

I

DIARIA O TRASFERITA  
indicare l'imponibile ai fini previdenziali

PARI A LIRE

L

VALORE DELLE PRESTAZIONI  
CORRISPONDE IN NATURA  
vitto, alloggio ecc.

PARI A LIRE

M

FESTIVITÀ  
CADENTI DI DOMENICA

PARI A LIRE

N

FESTIVITÀ SOPPRESSE  
non trasformate in ferie  
E RIPOSI COMPENSATIVI LAVORATI

PARI A LIRE

O

ELEMENTI  
AGGIUNTIVI  
A BASE ANNUALE  
scrivere le unità delle  
percentuali nelle due  
caselle di sinistra ed  
i decimali in quelle  
di destraTREDICESIMA  
MENSILITÀ

PERCENTUALI oppure

P

IMFORTI

Q

FERIE, FESTIVITÀ E RIPOSI  
COMPENSATIVI  
TRASFORMATI IN FERIE

PERCENTUALE

R

GIORNI V.

S

PREMIO DI  
PRODUZIONE

T

U

TOTALE DI  
ALTRE MENSILITÀ  
AGGIUNTIVE

V

W

ACCANTONAMENTO CASSA EDILE

PERCENTUALE

T

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:  
A+B+C+D+E-F+G+H+I+L+M+N+O+P+Q+R+S+T+U+V+W+Z (sommare i campi % come numeri interi)

IL PAGAMENTO DELLE INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA DEVE AVVENIRE

A MEZZO ASSEgni LOCALIZZATI

X NO

oppure EX ART. 75 TU

SI NO

6546456





A.S.L. BA/4  
"PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO"  
70123 BARI

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 31/05/2003 ORA: 17:44 PRESTAZIONE: 20/ 15270

MOD. SAN. PERS.: COD. FISC.: LZZNMR64S46A662U  
COGNOME NOME : LIUZZI/ANNA MARIA TEL.  
NATO A .....: BARI IL 6/11/1964  
RESIDENTE A ..: MODUGNO VIA: VIA MAGNA GRECIA 14

ANAMNESI:

DURANTE IL SERVIZIO NELLO SVOLGIMENTO DELLE SUE MANSIONI CADE URTANDO CONTRA UN TUFO

DATI CLINICI:

DOLENTE LA DIGITOPRESSIONE DEL TROCITE OMERALE DX .DOLORE ALLA DIGITOPRESSIONE IN SEDE DI EMITORACE DX

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

TRAUMA CONTUSIVO EMICOSTATO DX E BRACCIO DX

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

CONTUSIONE DI SPALLA ED EMICOSTATO DX

PRESTAZIONI: VISITA INTERNISTICA

RADIOLOGIA  
ORTOEPDIA  
TERAPIE:

prot. 25660

IMMUNOPROF. ATT.:

IMMUNOPROF. PAS.:

ISAMI : RADIOLOGIA ORTOPEDIA

PRESCRIZIONI:

MOBIC 15 MG : 1 CP DIE A PRANZO X 5 GG  
CRIOVEN GEL BUSTINE : 1 X 2 X 5 GG

CAUSA: INFORTUNIO LAVORO INAIL INDUST.

17:44

PROGNOSI: GIORNI 7 s.c.

REFERTO A.G.

RIFIUTO :

FIRMA DEL PAZIENTE :

CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS. 31/05/2003 18:36

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA  
BANDINI MARIAROSARIA