



Assicurato

(coanome)

(nome)

Luogo e data di nascita

COMUNE DI NOCIARE

codice USL (1)

Datore di lavoro

19 MAR 2001

Indirizzo

Cat

... Clas

~~-del datore di lavoro~~

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.E.

Fact

Sottotitolo

Cause e circostanze dichiarate dall'assicurato

Diagnosi (indicare se di certezza o di probabilità)

Se è stato disposto ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità { determina inabilità al lavoro? per quanti giorni?
 l'assente e l'assicurato può riprendere il lavoro il giorno

Si avverte il datore di lavoro che il certificato medico da allegare, a norma di legge, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale è stato direttamente inviato, dal sottoscritto, all'INAIL.

Pertanto, in luogo di detto certificato, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale che il datore di lavoro deve trasmettere all'INAIL ai sensi dell'art. 53 del T.U. emanato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, dovrà essere unita una copia della PRESENTE NOTIFICAZIONE.

(1) Indicare la provincia e il numero della USL di appartenenza.

19

Mod. 1/bis - S.S. TIP. INAIL - 14,8x21

Vedi « **AVVERTENZE** » a tergo



NOTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Qualora l'infortunio o la malattia professionale abbia per conseguenza la morte o l'inabilità al lavoro per più di tre giorni, la presente notificazione dovrà essere inviata al datore di lavoro in due copie. Tale notificazione, quando occorra, potrà essere utilizzata per la segnalazione all'Autorità di P.S.

Assicurato Luigi Anna Tazis
(cognome) (nome)

Luogo e data di nascita **COMUNE DI MODUGNO**
Prot. n. 0018512 codice USL (1)

Datore di lavoro **1.1 APR. 2001**

Indirizzo Cat. Clas.
Fasc. (del datore di lavoro) Sottofasc.

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 19/12/01

Cause e circostanze dichiarate dall'assicurato

Diagnosi (indicare se di certezza o di probabilità) 1.2. Ura di

guastagione

Se è stato disposto ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità } determina inabilità al lavoro? per quanti giorni?

è cessata e l'assicurato può riprendere il lavoro il giorno 10/4/01

Si avverte il datore di lavoro che il certificato medico da allegare, a norma di legge, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale è stato direttamente inviato, dal sottoscritto, all'INAIL.
Pertanto, in luogo di detto certificato, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale che il datore di lavoro deve trasmettere all'INAIL ai sensi dell'art. 53 del T.U. emanato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, dovrà essere unita una copia della PRESENTE NOTIFICAZIONE.

(1) Indicare la provincia e il numero della USL di appartenenza.

09 - di 2001 **IL MEDICO**

Mod. 1/bis - S.S. TIP. INAIL - 14,8x21

(timbro e firma)

Vedi « AVVERTENZE » a tergo

MILANO, 29 OTT 2001

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 00 53064
- 8 NOV. 2001
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. _____

COMUNE DI MODUGNO

P.ZZA DEL POPOLO
70026 MODUGNO BA

E500/1996/A/01

P. 3072

D'ordine della Spett. INAIL D.G. ROMA

Vi rimettiamo in all. A/C di L. 2.817.090*

(PARI A 1.454,91 EURO)

CREDITO ITALIANO SPA

Riferimenti comunicatici dall'ordinante (Data ordine 29 OTT 01)

ORDINATIVO DI PAGAMENTO N. 000001250 DEL 25/10/2001 INAIL SEDE 34100

RIF. INAIL: 41251651501 00 01

COD. FISC. INAIL 01165400589

INDENNITA' DI TEMPORANEA

NOME ASSICURATO: LIUZZI ANNA MARIA

IL PROSPETTO LIQ. IND. E RIMB. SPESE SARA' INVIATO A PARTE DALLA SEDE INAIL
COMPETENTE.

[illegible]

SOCIETÀ PER AZIONI
SEDE SOCIALE GENOVA
DIREZIONE GENERALE MILANO
CAPITALE SOCIALE EURO 1.550.000.000
SCRITTA AL N. 37899 DEL REGISTRO DELLE IMPRESE DI GENOVA E
AL N. 394022 DEL R.E.A. DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI GENOVA

BANCA ISCRITTA ALL'ALBO DELLE BANCHE ED
APPARTENENTE AL GRUPPO BANCARIO UNICREDITO ITALIANO
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI BANCARI COD. 3135.1 - CODICE ABI 2009.
BANK IDENTIFICATION CODE (BIC) CRITITM
ADERENTE AL FONDO INTERBANCARIO DI TUTELA DEI DEPOSITI
CODICE FISCALE 12931320159 - PARTITA I.V.A. 01144620992

Assegno N. 43/41.097.583 04



Credito Italiano
Gruppo UniCredito Italiano

SOCIETA' PER AZIONI - SEDE SOCIALE GENOVA
DIREZIONE GENERALE MILANO - CAPITALE EURO 1.550.000.000
REGISTRO IMPRESE DI GENOVA N. 57893 - R.E.A. N. 38422
ADESIONE AL FONDO INTERBANCARIO DI TUTELA DEI DEPOSITI

BANCA ISCRITTA ALL'ALBO DELLE BANCHE ED APPARTENENTE
AL GRUPPO BANCARIO INTERBANCARIO ITALIANO
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI BANCARI COD. 13331
CODICE ABI 20061 - BANK IDENTIFICATION CODE (BIC) CREDITI

MILANO, 29 OTT 2001 **2334/34100**

Il Credito Italiano paghera a vista per questo assegno circolare

Lire DUEMILIONI OTTOCENTODICIASSETTEMILA 090*****

a COMUNE DI MODUGNO

43/41.097.583 04 SEDE IN GENOVA N. 384022 REG. IMP. GENOVA

CAP. SOG. EURO 1.550.000.000 INT. VERSATO

Lit. 2.2817.090

NON TRASFERIBILE

zona riservata alla clientela
NON TRASFERIBILE

CREDITO ITALIANO

MILIONI

0 1 2 3

CENTINAIA DI MIGLIAIA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

VALE FINO A LIRE

TRE MILION

INAILISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVOROTASSA PAGATA - TARIFFA LETTERE
AUT. DCSP/1/147672/100/90/11 del 6.10.90SEDE DI BARI
LUNGOMARE TRIESTE 29
70126 BARI

BA

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 0053860	
13 NOV. 2001	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

COMUNE DI MODUGNO

P.ZZA DEL POPOLO

70026 MODUGNO

BA

TIP. INAIL - DATAPAC BREV. N. 1.168.136 E N. 1.227.123

SEDE DI BARI
LUNGOMARE TRIESTE 29
70126 BARI
Codice Fiscale 01165400589

BA

Pratica di infortunio o malattia professionale n° 412516515 del 19/02/2001
occorso a: **LIUZZI ANNA MARIA**
Codice Fiscale: **LZZNMR64S46A662U**
Data nasc. benef.: 00/00/0000**Prospetto liquidazione indennità, acconto, rimborso spese**

gestione	periodo indennizzato		retribuzione giornaliera media o convenzionale	giorni	indennità pari al 60% della retribuzione o assegno giornaliero o indennità di legge	giorni	indennità pari al 75% della retribuzione o assegno giornaliero o indennità di legge	giorni art. 72
	dal	al						
110	23/02/2001	9/04/2001	102069	46	61241			
Tot. indennità - acconti + spese = saldo parziale - ritenuta rateo rendita - ritenuta per art. 72 T.U. - ritenuta fiscale + detrazioni per lavoro dipend. = saldo								
2817090			2817090					2817090
								valore in EURO
								1454,91

11/10/2001

Il Dirigente

DR. LUCIO DE LUCA



COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0012325

Da non usare per gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura.

- 7 MAR. 2001

INFORTUNIO

Clas MALATTIA PROFESSIONALE

N.

Cat. G

Facc. 3

Sottosec.

Gestione

(in chiaro)

Visto medico

(data e firma leggibile)

Reg.ne Part. medico N.

(data e sigla)

Riservato all'INAIL

CERTIFICATO MEDICO DI CONTINUAZIONE INABILITÀ

(da spedirsi, immediatamente all'INAIL: 1) qualora l'assicurato non sia guarito nel termine previsto nel certificato precedente; - 2) se, dopo guarito, si sia verificata una ricaduta; - 3) se, comunque, siano intervenuti fatti nuovi, complicazioni, ecc., ovvero la diagnosi o la prognosi debbano essere rettificata).

- 1 - Assicurato (cognome e nome) LIVAZZI ANNA MARIA
 nato a BARI (Prov.) il 6-11-64 Codice USL (1) BA 4
 indirizzo: Comune MODUGNO frazione
 via MAGNA GRACIA n. 14 CAP. 70026
 2 - Datore di lavoro (2) COMUNE DI MODUGNO
 indirizzo
 3 - Data dell'infortunio o di manifestazione della malattia professionale 19-2-2001
 4 - Diagnosi accertata TRAUMA DISTORSIVO GINOCCHIO SINISTRO
E CONTUSIONE RRA SCAPOLOM SIN.
 5 - Condizioni attuali dell'assicurato
HA RIPPETUTO CON SUONA SPRINGHETTA IN DATA
5-3-2001 DOVE E' STATA CONSEGUATA TAL
GINOCCHIO A APPUNTO TUTTO AL GINOCCHIO
 6 - Quanto tempo, presumibilmente, durerà ancora l'inabilità assoluta al lavoro? QUINDICI GIORNI
 7 - Quali motivi protraggono la guarigione?
 8 - E da presumersi inabilità permanente? ☐ SI ☒ NO
 9 - L'assicurato si è attenuto alle cure prescritte? ☒ SI ☐ NO
 10 - Si ritiene opportuna una visita medica di controllo? ☒ SI ☐ NO NECESSARIA
 11 - Sono necessari esami speciali? ☐ SI ☒ NO quali?
 12 - E' necessario ricovero ospedaliero? ☐ SI ☒ NO perché?
 13 - In caso di ricaduta, quali motivi l'hanno determinata?

Da quale giorno è ricominciata l'inabilità assoluta?

Eventuali osservazioni del medico:

(indicare, fra l'altro se l'assicurato sia stato curato in precedenza da altro medico e dove ed inoltre se l'assicurato provenga da un ospedale o ambulatorio e quale)

1° CERTIFICATO P.S. OSP. E. PAOLO IN
DATA 19/2/2001

Data di redazione del presente certificato

5/MAR/2001

N.B. - Per le domande che portano indicate le possibili risposte

SI/NO apporre una X sulla risposta che si fornisce.

Indicare la provincia e il n. della USL di appartenenza.

... dipendenti dello Stato; Indicare l'Amministrazione per conto
 ... la quale vengono eseguiti i lavori e l'ufficio, stabilimento o
 ... tenuto a presentare la denuncia di infortunio o di malattia
 pro...

Il Medico curante

Dott. GIUSEPPE MARTINO

Distr. 9. ASL BA/4 - C.B. 14050.4

MEDICINA GENERALE

P.zza Garibaldi, 1/B Tel. 080.5352559

Indirizzo

MODUGNO

Mod. 3 - INAIL - 2/92

PRESIDIO OSPEDALIERO "San PAOLO"

Via Caposcardicchio - 70123 BARI

II^a Divisione di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Primario: Dr. Tommaso Gismondi

Tel. 080.5843635 - 5843652

BARI, 5.3.01

Il Sig./Sig.ra LIUZZI ANNA TRAMITA di anni

ha effettuato in data odierna Visita Ortopedica ed è risultato affetto/a da:

Diagnosi: Trauma distale femore destro
e frattura ripara scapola e
manca in frattura

Trattamento effettuato:

Le rieducazione: TSE femore
destro

Prescrizioni:

Tutore scapole
con stecca laterale per il
umero
Antibiotici
10 giorni 15 (gradi) / 11

La visita di controllo potrà essere effettuata dopo prenotazione al tel. 080-5843451, tra giorni, nell'AMBULATORIO del 19.03.01 della II^a Div., con: il presente certificato, la richiesta del Medico Curante e la ricevuta del pagamento ticket per:

• VISITA ORTOPEDICA

IL MEDICO

Mod. 22 - R cod. 008150



Ente Pubblico Economico

RICEVUTA

Accettazione **RACCOMANDATA**

E' vietato includere denaro e valori nelle raccomandate: l'Ente Poste non ne risponde

Compilare, a cura del mittente, a macchina o in carattere stampatello

DESTINATARIO	INAIL DIR. REG. OGUA		
	LUNGOMARE TRIESTE		N. CIV. 29
	VIA / PIAZZA		PROV. BA
MITTENTE	LIZZU ANNA MARIA		
	VIA MAGNA GRECIA		N. CIV. 14
	VIA / PIAZZA		PROV. BA
C.A.P. 70100		COMUNE BARI	
C.A.P. 70026		COMUNE RODIGNO	
SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI		☐ Espresso ☐ Via aerea ☒ A.R. ☐ Contrassegnare la casella interessata ☐ Assegno L. (in lire)	

1556 1050880103-1 di L. spedite il 06 03 2001 dall'Ufficio di RODIGNO indirizzata a INAIL DIR. REG. OGUA LUNGOMARE TRIESTE, A 70100 BARI - BA

Bollo (accettazione manuale)

Tasse



AVVISO DI RICEVIMENTO O DI RISCOSSIONE

della: del: N. 1050880103-1 di L.
☒ Raccomandata ☐ Vaglia
☐ Assicurata ☐ Pacco

spedite il 06 03 2001
 dall'Ufficio di RODIGNO

indirizzata a INAIL DIR. REG. OGUA
 LUNGOMARE TRIESTE, A 70100 BARI - BA

Dichiaro di aver ricevuto quanto suindicato il

Firma dell'incaricato della distribuzione o del pagamento

10-100 61

AREA SERVIZI	
Firma	05249 07 MAR 01 1122
Bollo di invio - Rodigno	
Distribuzione o di pagamento	

Reg. Min. Pol. e Z. del Stato - P.V.

Rapporto di servizio
Data 19/02/2001
A.P.M. Liuzzi Anna Maria

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 000 P351	
20 FEB. 2001	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Al Dirigente VII Settore
Comandante la P. M.
Magg. Nicola DEL ZOTTI
Modugno

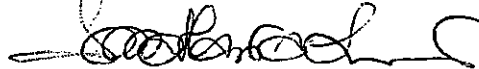
Oggetto: rapporto di servizio
Zona: 3 - Via Roma - V.le della Repubblica - Via X Marzo ecc.
Motomezzo: Free tg. 7KXTB

In data 19/02/2001 alle ore 11.00 circa la sottoscritta, in servizio comandato come sopra, durante lo svolgimento delle proprie mansioni a seguito di accordi presi con il collega, A.P.M. VIRGILIO Angelo, si stava recando da Piazza Sedile presso l'autorimessa sita in Via Piave.
Durante il percorso in Via Conte R. Stella, all'altezza del civico 20, pur mantenendo la distanza di sicurezza a seguito di una brusca frenata del motocarro che la precedeva - Ape Piaggio tg. BA 167497 - riportava una caduta con il motomezzo in oggetto.
In seguito chiedeva di essere accompagnata al pronto soccorso del vicino ospedale dove le sono stati diagnosticati una contusione alla spalla sinistra e una distorsione al ginocchio sinistro con una prognosi di gg. 15.

Si allegano: referto medico di guardia - referto specialistico ortopedico - certificato INAIL -

Modugno, 19 Febbraio 2001

In fede



PRESIDIO OSPEDALIERO "San PAOLO"

Via Caposcardicchio - 70123 BARI

II^a Divisione di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Primario: Dr. Tommaso Gismondi

Tel. 080.5843635 - 5843652

BARI, 19/02/2001

Il Sig./Sig.ra Linari Anna Maria di anni

ha effettuato in data odierna Visita Ortopedica ed è risultato affetto/a da:

Diagnosi: contusione regione scapolo umero;
distorsione pinocchio umero

Trattamento effettuato: visita; visione Rx; bendaggio
elastico pinocchio (su quinta
pierna)

Prescrizioni: - riposo funzionale pinna quinta
- Pr. Co. Effedpar q, una q, due volte
el giorno su pinna

La visita di controllo potrà essere effettuata dopo prenotazione al tel. 080-5843451, tra 15 giorni, nell'AMBULATORIO del 5.03.01 della II^a Div., con: il presente certificato, la richiesta del Medico Curante e la ricevuta del pagamento ticket per:

☒ VISITA ORTOPEDICA

-
-

A.U.S.L. BARI
P.O. S. PAOLO
II Divisione
Ortopedia
Prof. Dr. Gismondi
Spec. Ortopedico - Tel. 080-5843635

H20;10H

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

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 19/02/2001

ORA: 11:26

PRESTAZIONE: 01/ 4161

COD.SAN.PERS.: 11204156202 COD.FISC.: LZZNMR64S46A662U

COGNOME NOME: LUZZI/ANNA MARTA

NATO A: BARI

RESIDENTE A: MODUGNO

TEL.

IL 6/11/1964

VIA: VIA MAGNA GRECIA, 14

ANAMNESI:

INCIDENTE STRADALE MOTO AUTO DURANTE ORARIO DI SERVIZIO
NEGA PERDITA DI COSCIENZA

DATI CLINICI:

DOLORE ALLA DIGITOPRESSIONE REGIONE SCAPOLARE SX E GINOCCHIO SX CON LIMITAZIONE FUNZIONALE SPALLA E GINOCCHIO SX

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

TRAUMA CONTUSIVO SPALLA SX CON SOSPETTA FRATTURA DELLA SCAPOLA

TRAUMA CONTUSIVO GINOCCHIO SX

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

CONTUSIONE REGIONE SCAPOLARE SX, DISTORSIONE GINOCCHIO SX

PRESTAZIONI: VISITA DI P.S.

RX SPALLA, SCAPOLA E GINOCCHIO SX: NON LESIONI OSTEOTRAUMATICHE, LIEVE DILATAZIONE DELL'ACROMION CLAVEARE SX, VISITA ORTOPEDICA: VEDI FOGLIO ALLEGATO

TERAPIE:

BENDAGGIO ELASTICO GINOCCHIO SX PER 15 GG

IMMUNOPROF. ATT.:

IMMUNOPROF. PAS.:

E S A M I : ORTOPEDIA

RADIOLOGIA

PRESCRIZIONI:

TERAPIA ALLEGATA

CAUSA: INFORTUNIO LAVORO INAIL INDST.

PROGNOSI: GIORNI 15 S.C.

11:10 MODUGNO POLIZIA MUNI

REFERTO A.G. /

RIFIUTO :

FIRMA DEL PAZIENTE :

CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS.

12:54

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA
MAGGI VALERIA



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

RACCOMANDATA A.R.

TORNI

INAILFAX.06/LETPER00

I° SETTORE SEGRETERIA -AFFARI GENERALI- PERSONALE
SEZIONE PERSONALE

Prot. 000 9518

Modugno, 21 FEBBRAIO 2001

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
trasmissione documentazione.

Si comunica che il dipendente, in oggetto generalizzato, ha fatto pervenire, in data 20.02.2001, certificazione dell'Ospedale S. Paolo - II divisione di Ortopedia e traumatologia -Bari, attestante l'infortunio sul lavoro avvenuto il 19/02/2001, alle ore 11.00.

Si allega la seguente documentazione:

- Denuncia di infortunio sul lavoro;
- Certificato del pronto soccorso dell'Ospedale S.Paolo di Bari;
- Copia del certificato medico rilasciato in data 19.02.2001 dal Reparto di II divisione di Ortopedia e Traumatologia PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO - Bari;
- Dichiarazione dell'accaduto a firma del dipendente Liuzzi Anna Maria.

Segue eventuale ulteriore documentazione.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Beatrice MAGGIO)

Spedita il 21/2/01

COGNOME L. I. UZZI
NOME ANNA MARIA
SESSO 2
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
PERSONE A CARICO SI NO
E' PARENTE DEL DATORE DI LAVORO? SI NO
DATA DI ASSUNZIONE 01/11/00
QUALIFICA O LIVELLO C.I.
CONTRATTO COLLETTIVO C.C.N.L. 313/99
OPERATORE P.M.
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.)
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
PARTICELLA CATASTALE: solo per i casi agricoli
ALL'INTERNO DELLO STABILIMENTO? SI NO
SE SI, IN QUALE REPARTO
IL 19/02/01
ALLE ORE 11.00
DURANTE QUALE ORA DI LAVORO? prima, seconda, terza, ecc. 01
DURANTE IL TURNO NOTTURNO? SI NO
DATA DI ABBANDONO DEL LAVORO 19/02/01
ERA PRESENTE SI NO
HA SAPUTO DEL FATTO IL 19/02/01
COME DA CERTIFICAZIONE OSPEDALE S. PAOLO
RITIENE LA DESCRIZIONE RISPONDENTE A VERITA' SI NO
IN CASO NEGATIVO PERCHE?
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 PARI A LIRE C
MENSILE O MENSILIZZATA SI NO PARI A LIRE D
CONVENZIONALE SI NO PARI A LIRE (se ARTIGIANA valore annuo) E
ARTIGIANA SI NO
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
DURATA ORARIA SETTIMANALE G
DAL
ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE
RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO
LAVORO STRAORDINARIO PARI A LIRE H
SOMMA DELLE INDENNITÀ E MAGGIORAZIONI PER: mensa, trasporto, turni, lavoro notturno e festivo ecc. PARI A LIRE I
VALORE DELLE PRESTAZIONI CORRISPONDE IN NATURA vitto, alloggio ecc. PARI A LIRE M
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 destra
PERCENTUALI oppure IMPORTI
TREDICESIMA MENSILITÀ P
PREMIO DI PRODUZIONE T
TOTALE DI ALTRE MENSILITÀ AGGIUNTIVE V
FERIE, FESTIVITÀ E RIPOSI COMPENSATIVI TRASFORMATI IN FERIE PERCENTUALE oppure GIORNI N. R S
ACCANTONAMENTO CASSA EDILE PERCENTUALE Z
TOTALE GENERALE
SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI. DEI CAMPI: 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 ASSEGNII LOCALIZZATI SI NO OPPURE EX-ART. 13 SI NO
PAGINA 1
6546447



DESCRIZIONE DELLA LAVORAZIONE, CICLO PRODUTTIVO, ATTIVITA' O SERVIZIO SVOLTO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA delle cause e circostanze dell'incidente, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione

DESCRIZIONE
DELLO
INFORTUNIO

**DURANTE IL PERCORSO DA VIA ROCCO CONTE STELLA A VIA PIAVE, A SEGUITO DI BRUSCA
FRENATA DEL MOTOCARRO A PEPIAGGIOTARG-BA 167187 CHE LA PRECEDEVA RIPORTAVA UNA CADUTA CON
IL MOTOCARRO FREE TQ-7KXTB-**

a) FORMA o modalità dell'incidente (barrare la casella interessata)

a contatto con	11	si è punto con	15	movimento incoordinato	19	colpito da	32	schiaffiato da	36	rimasto stretto tra	41	caduto r. paro	72
ha calpestato	12	sollevando spostando	16	impigliato agganciato a	21	investito da	☒	sommerso da	37	ha inalato	51	caduto in profondità	73
si è colpito con	13	ha urtato contro	17	ha fatto uno sforzo	22	morso da	34	urtato da	38	esposto a	52	incidente a bordo di	☒
ha ingerito	14	piiede in fallo	18	afferrato da	31	punto da	35	travolto da	39	caduto da	71	incidente alla guida	92

b) AGENTE materiale (es.: trattore)

segue AGENTE materiale

c) PARTICOLARE dell'agente (es.: seggiolino)

d) CAUSA immediata dell'incidente (es.: ribaltamento)

e) ALTEZZA dell'agente

COGNOME, NOME E DOMICILIO

TESTIMONI
ALLO
INFORTUNIO

DATA PRIMA VISITA

PRESIDIO SANITARIO CHE L'HA EFFETTUATA

19.02.2001

OSPEDALE SAN PAOLO - 1^{ra} DIVISIONE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NATURA E SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE

NOTIZIE SU CASI PROVOCATI DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE (Legge 24.12.1969, n. 990)

COGNOME E NOME DEL CONDUCENTE

COMUNE DI RESIDENZA

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

C.A.P.

COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO

COMUNE DI RESIDENZA

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

C.A.P.

TARGA: SIGLA E NUMERO

COMPAGNIA ASSICURATRICE OD IMPRESA DESIGNATA ai sensi dell'art. 20 della citata legge

I RILIEVI SONO STATI EFFETTUATI DA:

DATI RETRIBUTIVI RELATIVI AGLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

DURATA NORMALE DELLA SETTIMANA DI LAVORO: ORE SETT. N.

RETRIBUZIONE CONVENZIONALE ORARIA: LIRE

COGNOME, NOME ED INDIRIZZO DEGLI ALTRI DATORI DI LAVORO PRESSO I QUALI PRESTA LA PROPRIA OPERA

ORE SETT. N.

RETRIB. CONVENZ. ORARIA

DATA

FIRMA DEL LAVORATORE

Si ringrazia per la cortese collaborazione che consentirà un miglior uso dei mezzi tecnici ed eviterà possibili
errori nella trattazione del caso

DATA RICEZIONE 1° CERTIFICATO MEDICO AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELL'ART. 53 DEL T.U. N. 1124/65

19.02.01

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFIDELE, DICHIARA
CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOTTOINDICATO SONO VERI E CORRETTI

DATA 21 FEB. 2001

FIRMA IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
(D.ssa Beatrice Maggio)

ATTENZIONE: per una corretta compilazione leggere attentamente le istruzioni sul retro

6546447

PAGINA 2

70KNI VFF. PERS. MODUGNO
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
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 1985, n. 1124)

Provincia di **Ber** 21 FEB. 2001 (Comune di) **Modugno**
(dove ha sede l'establishment o l'impresa)

1. Nome e cognome, data, luogo di nascita, qualifica e denominazione sociale del datore di lavoro	Commune di Modugno	
2. Denominazione dell'impresa o della lavorazione	Comune di Modugno	
3. Istituto con il quale il datore di lavoro è tenuto all'assicurazione dei propri dipendenti (a termini del D.P.R. 30.6.85, n. 1124)	INAIL	
4. Luogo in cui è avvenuto l'infortunio	Modugno Via Conte R. Stilla	
5. Data dell'infortunio	18.03.2001	
6. Persone rimaste lese nel medesimo infortunio	01	
7. Infortunato: nome	Anna Maria	cognome Luzzi
8. Sesso	F.	luogo e data di nascita Ber 06.11.1964
9. Occupazione abituale	Modugno - OPERATORE RM	
10. Natura, causa accertata o presunta e circostanze dell'infortunio (anche in riferimento ad eventuali deficienze di misura 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 delle proprie mansioni con il mezzo MOSO PIAGGIO FREE 150 cc. si è verificata la caduta del veicolo. Durante il percorso in via Conte R. Stilla, all'altezza del civico 20, è seguito da una brusca frenata del motociclo che ha provocato la caduta. APE PIAGGIO TARGATO BA 167497 - al portatore una caduta con il motociclo sopra specificato.	
11. Dove è stato trasportato l'infortunato? (se è stato ricoverato in Ospedale, precisare quale)	Ospedale Ospedale (S. Paolo)	
12. Natura ed entità delle lesioni	Contusione alla spalla sinistra e distorsione	
13. Nome, cognome e residenza del titolare o del rappresentante legale della ditta	Comune di Modugno	
14. Nome, cognome e residenza del superstiti del lavoratore	Papa del P. P. L. n. 16 720.26 Modugno B.A.	

21 FEB. 2001
Firma del datore di lavoro o del suo rappresentante
Vedi « AVVERTENZE » a tergo
(D.ssa Beatrice Maggio)

Provincia di Comune di
Ricevuta che l'Autorità di Pubblica Sicurezza deve restituire alla persona che presenta la denuncia
con sede in