

**SCHEDA INFORMATIVA**

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO DAL: \_\_\_\_\_

IN CONGEDO DAL: \_\_\_\_\_

**PER PATOLOGIE TRAUMATICHE (infortuni in servizio ed itinere)**

1) In caso di trauma in servizio precisare la compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio:

---

---

---

2) In caso di incidente " in itinere" oltre alla compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio, inviare inoltre copia del rapporto dell'organo di polizia intervenuto e gli atti definitivi eventualmente adottati dall'Autorità Giudiziaria:

---

---

---

**N.B. per patologie traumatiche non è necessario compilare i quadri successivi**

**PER PATOLOGIE NON TRAUMATICHE**

**Quadro A)** Specificare in modo dettagliato l'incarico principale e le attività svolte effettivamente dal dipendente. Per ogni tipo di incarico (anche secondario ed ulteriore) vanno precisate dettagliatamente le mansioni svolte e le caratteristiche del servizio.

1) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

2) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

3) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

4) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

**Quadro B)** Descrivere in modo particolareggiato le condizioni dell'ambiente di lavoro, precisando la durata e le modalità secondo lo schema sottoindicato:

1) Attività svolte all'interno NO

SI  Specificare quali \_\_\_\_\_

---

2) Attività svolte all'esterno NO

SI  Specificare quali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Precisare in particolare:

a) a bordo di autoveicoli NO

SI  Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

b) a bordo di motoveicoli: NO

SI  Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

c) natanti e/o velivoli NO

SI  Specificare quali \_\_\_\_\_

Specificare durata imbarco totale \_\_\_\_\_

Specificare ore aeronavigazione \_\_\_\_\_

d) altri mezzi: NO

SI  Specificare quali \_\_\_\_\_

Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

3) Lavori a turni notturni (fascia oraria 22-5)

NO

SI  Specificare: numero/anno \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_

4) Ore annuali medie straordinario \_\_\_\_\_

5) Descrivere situazioni lavorative in relazione con l'insorgenza della/delle denunciata/e patologia/e:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patologia richiesta

Redatto questionario allegato:

INFORTUNI IN SERVIZIO

INFORTUNI IN ITINERE

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO COLONNA

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO

PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE

MALATTIE ONCOLOGICHE

Luogo \_\_\_\_\_

IL COMANDANTE DI CORPO/IL CAPO UFFICIO/  
IL CAPO UNITA' ORGANIZZATIVA  
(art. 5, c. 4 DPR n. 461/2001)

\_\_\_\_\_