

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" segnalare oltre alla compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio, l'autorizzazione all'uso del mezzo privato ovvero l'attestazione, in relazione alla tipologia di impiego lavorativo e alle condizioni del sito nel quale si presta il servizio, dell'uso necessitato del mezzo privato. Inviare inoltre copia del rapporto dell'organo di polizia intervenuto e gli atti definitivi eventualmente adottati dall'Autorità Giudiziaria:

☐

Compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio

☐

Autorizzazione/uso necessitato mezzo privato

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 SOVACCARICO ARTI SUPERIORI

☐

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO COLONNA

☐

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE

☐

MALATTIE ONCOLOGICHE

☐

RICHIESTA RIESAME

☐

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Luogo _____

IL COMANDANTE DI CORPO
