

# Segnalazione di infortunio sul lavoro<sup>(1)</sup>



Timbro dell'Ufficio Sanitario

.....

Data compilazione..... Numero Progressivo<sup>(2)</sup>.....

<b>Generalità</b>	Qualifica .....
	Cognome e Nome .....
	Luogo e data di nascita .....
	Ufficio di appartenenza .....

Data $\alpha\alpha\alpha\alpha$ $\alpha\alpha\alpha\alpha$ Ora $\alpha\alpha$ $\alpha\alpha$ Turno di servizio $\alpha\alpha\alpha\alpha$ $\alpha\alpha\alpha\alpha$
Località .....

<b>Modalità</b>	In servizio $\alpha$ In itinere $\alpha$
	Investimento Pedonale $\alpha$ Alla guida $\alpha$
	Incidente stradale $\alpha$ Trasportato $\alpha$
	Attività addestrativa $\alpha$ Attività operativa $\alpha$
Caduta accidentale $\alpha$ Altro $\alpha$	

Descrizione sintetica del sinistro .....

.....

.....

Referto	Pronto Soccorso $\alpha$ Ufficio Sanitario Polizia di Stato $\alpha$ Altro $\alpha$
Diagnosi	.....
Prognosi	Giorni $\alpha\alpha\alpha$ Riservata $\alpha$ Decesso $\alpha$
Ricovero ospedaliero	Si $\alpha$ No $\alpha$

Osservazioni .....

.....

.....

Il Sottoscritto ..... conferma quanto sopra riportato circa le modalità dell'evento lesivo.

Firma ..... Firma .....  
(DIPENDENTE) (MEDICO)

**NOTE:** (1) DA INVIARE IN TUTTI I CASI DI INFORTUNIO LAVORATIVO E "IN ITINERE" ALLA DIREZIONE CENTRALE DI SANITA' DELLA POLIZIA DI STATO E ALL'UFFICIO CENTRALE ISPETTIVO - UFFICIO DI VIGILANZA  
(2) NUMERO PROGRESSIVO/ANNO