

Sede _____

P.Iva _____
C. F. _____

Spett.le
I.n.a.i.l.
Gestione Infortuni sul lavoro

Racc. R.R.

Spett.le
Comune di _____

Servizio di pubblica sicurezza

Oggetto: Denuncia temporanea di infortunio sul lavoro
Codice Ditta INAIL _____

Si comunica che in data _____ Primo certificato medico ricevuto in data _____

Il/la Lavoratore/trice _____

C.F. _____ Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

ha avuto un infortunio sul lavoro.

Luogo dell'infortunio: _____

Circostanze dell'infortunio: _____

Prognosi in giorni: _____

Seguirà regolare denuncia di infortunio su modulistica ufficiale alla riapertura dello Studio di consulenza.

Allegato per INAIL: primo certificato medico

Data _____

Firma _____