

DENUNCIA DI INFORTUNIO SUL LAVORO - FAC SIMILE

Datore di lavoro: _____

Indirizzo: _____

Partita IVA / Codice Fiscale: _____

Dati del lavoratore infortunato:

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Qualifica / Mansione: _____

Sede di lavoro: _____

Indirizzo lavorativo: _____

Dettagli dell'infortunio:

Data e ora dell'infortunio: _____

Luogo dell'infortunio: _____

Descrizione dettagliata dell'infortunio:

--

Testimoni (se presenti):

Nome e Cognome 1: _____

Recapito 1:

Nome e Cognome 2:

Recapito 2:

Nome e Cognome 3:

Recapito 3: _____

Comunicazione e firme:

Il presente modulo costituisce denuncia ufficiale dell'infortunio ai sensi della normativa vigente.

Firma del Lavoratore

Firma del Datore di Lavoro

Firma: _____

Firma: _____

Fonte originale di questo documento:

<https://documenti-esperti.com/denuncia-infortunio-fac-simile/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://documenti-esperti.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.