

Cognome : N° AVS :
Nome : Data dell'infortunio :

1. L'evento si è svolto durante l'attività professionale o non professionale ?

.....

2. a) Avete un secondo datore di lavoro ? Si ☐ No ☐

Se sì, vi preghiamo d'indicarci il nome e l'indirizzo di quest'ultimo, così come la professione esercitata :

.....

.....

2. b) Quante ore di lavoro alla settimana lavorate presso questo datore di lavoro ?

.....

2. c) Quando e a che ora avete lavorato l'ultima volta presso il secondo datore di lavoro prima dell'evento ?

Data : Ora esatta :

3. a) Esercitate ugualmente un'attività indipendente ?

Si ☐ No ☐

Se sì, quale professione esercitate ?

.....

3. b) Avete un'assicurazione contro gli infortuni per questa attività ?

Si ☐ No ☐

Nome, indirizzo e N° di polizza:

.....

.....

4. Ricevete delle prestazioni da una cassa di disoccupazione o da un'altra istituzione ?

Si ☐ No ☐

Se sì, da quando ?

Presso chi (nome ed indirizzo)?

.....

Vi preghiamo d'inviarci una copia dell'ultimo

5. Nome ed indirizzo della sua cassa malattia :

.....

6. N° di telefono privato dove possiamo contattarvi in giornata :

Luogo e data

Firma

.....

.....

Grazie di rinviare questo documento, debitamente riempito dal ferito, e di unire le parti seguenti :

- la notifica d'infortunio LAINF
- gli sconti di salari dall'inizio della stagione
- la copia del contratto d'impegno
- la lista dei presenti dall'inizio della stagione