

# Registrazione di infortunio/incidente

Al Sig. Direttore Sanitario

Al Responsabile dell'U.O. Servizio di  
Prevenzione e Protezione

Al Sig. Medico Competente

A.O.U. Sede

Il sottoscritto....., Responsabile del Reparto .....

.....segnala che giorno .....alle ore..... è avvenuto un

incidente al Sig/ra .....nato/a a .....il .....

Qualifica..... Testimoni.....

Luogo ove è avvenuto l'incidente.....

Tipologia dell'incidente  caduta  urto  taglio/puntuta  inalazione  abrasione

ingestione  ustione  contatto con sostanze pericolose  contatto elettrico

sforzo/movimento maldestro

Descrizione dell'evento.....

.....

.....

.....

Sede e tipo della lesione o contatto

.....

L'infortunato è stato accompagnato al pronto soccorso ?  Si  No

L'incidente ha comportato esposizione a:  agenti biologici  agenti cancerogeni

agenti chimici pericolosi  radiazioni non ionizzanti  radiazioni ionizzanti

altro.....

data .....

(Firma del Direttore)

(Firma dell'infortunato)