



AREZZO MULTISERVIZI S.R.L.

Segnalazione infortunio incidente

Parte A – Rilevazione Infortunio / Lesione

DATI INFORTUNATO

NOME	COGNOME	FIRMA

Indossava i DPI ? SI NO Non previsti

DATI RILEVAZIONE INFORTUNIO / LESIONE

Data	Ora	Sede	Macchina/Attrezzatura/Impianto/Posizione

Persone presenti _____

Descrizione evento (cosa è successo)

Caduto da	punto con	Schiacciato da	Urtato da	Esposto a	
Caduto in piano	tagliato con	Travolto/investito da	Punto da	A contatto con	
Ha urtato contro	colpito con	Impigliato/aggranciato	Morso da	Ha inalato	
Ha calpestato	Movimento scoord.	Ha fatto uno sforzo	Piede in fallo	Ha ingerito	
Specificare (dove, come ecc.)					Indicare con una x la parte del corpo interessata

Altri eventuali comportamenti pericolosi:

Possibili cause

Inviato al pronto soccorso Medicato in azienda Certificato medico successivo

RIF REGISTRO INFORTUNI: inf. N. _____



AREZZO MULTISERVIZI S.R.L.

Segnalazione infortunio incidente

Parte B – Rilevazione incidente

DATI RILEVAZIONE INCIDENTE

Data	Ora	Sede	Macchina/Attrezzatura/Impianto/Posizione

Persone presenti _____

Descrizione evento (cosa è successo)
Specificare (dove, come ecc.)

Possibili cause

DATI DI COMPILAZIONE

Chi ha compilato	Nome	Cognome	Firma

AZIONE INTRAPRESA IMMEDIATAMENTE

Breve descrizione dell'azione:

Chi ha agito:

Il problema è stato risolto temporaneamente il:

Quale Azione Correttiva è stata intrapresa? Azione correttiva numero:

Il problema è stato risolto definitivamente il:

AZIONE INTRAPRESA IN SEGUITO

E' stata svolta un'inchiesta? SI NO

Se si, da parte di chi?

Quali sono state le conclusioni?

Chi ha agito:

Tutte le azioni raccomandate sono state attuate il:

Tutte le azioni raccomandate sono state verificate il:

E' necessario modificare i Piani di emergenza? SI NO

E' necessario modificare il DVR? SI NO

Firma RSGSL

Firma RSPP

Firma DIREZIONE

Firma RLS