



REPUBBLICA DI SAN MARINO

Istituto per la Sicurezza Sociale

ASSICURATO N.

DENUNCIA DI INFORTUNIO

(da farsi entro due giorni da quello in cui il Datore di Lavoro ne ebbe notizia - Art. 27 Legge 22-12-55, n.42)

IN CASO DI MORTE LA COMUNICAZIONE DEV'ESSERE IMMEDIATA

INFORTUNIO	Cognome	Libretto di lavoro N. rilasciato il
	Nome	Qualifica
	Luogo di nascita	Assunto il
	Data di nascita	Iscritto nel libro matricola col N.
	a	Mansioni particolari affidate
	Domicilio
	Cod. civile <u>con</u> figli a carico <u>senza</u>

Quando è avvenuto l'infortunio sul lavoro o in itinere?
data ora precisa

Dove?

Il lavoratore ha lasciato immediatamente il lavoro? Quando?
giorno ora

Quali sono state le cause e le circostanze dell'infortunio?

Indicare cognome, nome e domicilio di eventuali testimoni dell'infortunio:

..... denominazione o generalità del datore di lavoro
..... natura dell'attività
..... sede

IL DATORE DI LAVORO

San Marino, li