

QUESTIONARIO PER INCIDENTI STRADALI

(da compilare a cura del datore di lavoro)

- 1) L'orario di lavoro del dipendente è a turni si no ; Diurno Notturmo ;
Mattino dalle ore _____ alle ore _____;
Pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____;
Sono compresi i giorni festivi e prefestivi si no;
- 2) Orario di lavoro che il dipendente doveva osservare il giorno dell'infortunio _____;
- 3) Esatto luogo in cui il dipendente ha svolto (o doveva svolgere) l'attività il giorno dell'incidente _____;
- 4) L'incidente si è verificato su strada pubblica o privata? _____;
- 5) L'incidente si è verificato mentre il dipendente:
 stava andando a lavoro stava tornando dal lavoro stava lavorando

Parte da compilare solo se si tratta di evento occorso mentre stava andando/tornando dal lavoro

- 6) Distanza fra il luogo di lavoro e l'abitazione del dipendente _____ km;
(indicare la distanza del solo percorso di andata)
- 7) Tale tratto è coperto da mezzi pubblici di trasporto? si no;
In caso di affermativo precisare se essi coprono l'intero percorso casa/lavoro e lavoro/casa
 si no;
Se coprono il percorso solo parzialmente, indicare la distanza fra la fermata più vicina
rispettivamente all'abitazione del dipendente _____ e al luogo di lavoro _____;
Gli orari dei mezzi pubblici sono compatibili con quelli di inizio e termine lavoro: si no;
Indicare gli orari di arrivo e partenza più vicini agli orari di inizio e termine del lavoro:
arrivo ore _____ partenza ore _____;
- 9) L'incidente si è verificato nel corso del tragitto più breve casa/lavoro? si no;
Sono state effettuate deviazioni? si no;
Se "SI" indicarne i motivi _____;
Sono state effettuate delle soste? si no;
Se "SI" indicarne i motivi _____;
- 10) Presso l'azienda esiste un servizio di mensa interna? si no;
- 11) In alternativa, vi sono in zona servizi di ristorazione convenzionati? si no;
A che distanza dal luogo di lavoro? _____;
- 12) Se il dipendente non se ne serve precisarne gli eventuali motivi _____;
_____;

-
- 13) L'azienda mette a disposizione delle maestranze proprio mezzi di trasporto? si no;
- 14) L'azienda autorizza l'uso del mezzo proprio? si no;
- 15) L'azienda eroga rimborsi per utilizzo del mezzo proprio? si no;
- 16) Sul veicolo su cui il dipendente viaggiava c'erano attrezzi di lavoro e/o merci? si no;
Se "SI" quali? _____
- 17) Il caso è stato trattato come malattia? si no;
In caso affermativo, indicarne l'importo dell'indennità eventualmente anticipate per conto INPS
_____;
- 18) Descrizione sintetica dell'incidente _____

_____;
- 19) Precisare ogni ulteriore notizia ritenuta utile all'istruttoria della pratica _____

Nell'eventualità in cui l'incidente si sia verificato con mezzo di proprietà della ditta, si prega di allegare copia della denuncia del sinistro alla propria Compagnia Assicurativa .

Data

Timbro e firma della ditta
