



03.2009

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? Sì 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? Sì No

Se sì, quale professione esercitate?

.....

3. b) Avete un'assicurazione contro gli infortuni per questa attività? Sì No

Nome, indirizzo e N° di polizza :

.....

.....

4. Ricevete delle prestazioni da una cassa di disoccupazione o da un'altra istituzione? Sì No

Se sì, da quando?

Presso chi (nome ed indirizzo)?

.....

Vi preghiamo d'inviarci una copia dell'ultimo conteggio!

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