

## Notifica d'infortunio

16.8.2021

Data e luogo dell'infortunio .....

Tipo di apparecchiatura .....

- Causa dell'infortunio
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> supporto       | <input type="checkbox"/> suolo / sottosuolo               |
|   | <input type="checkbox"/> guasto tecnico                   |
|   | <input type="checkbox"/> scivolata                        |
| <input type="checkbox"/> movimentazione | <input type="checkbox"/> carico / scarico                 |
|   | <input type="checkbox"/> procedimento sul posto di lavoro |
| <input type="checkbox"/> lavoro         | <input type="checkbox"/> entrata / uscita cestello        |
|   | <input type="checkbox"/> errata manovra                   |
|   | <input type="checkbox"/> guasto tecnico                   |
|   | <input type="checkbox"/> Urto contro oggetto              |
| <input type="checkbox"/> altro .....    |   |
|   | .....   |
|   | .....   |
|   | .....   |

- Operatore
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> collaboratore        |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> cliente              |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> formazione VSAA/IPAF | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> formazione propria   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

- Lesioni corporali
- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> illeso             | <input type="checkbox"/> gamba   | <input type="checkbox"/> frattura        |
| <input type="checkbox"/> ferite lievi       | <input type="checkbox"/> braccio | <input type="checkbox"/> schiacciamento  |
| <input type="checkbox"/> ferite medio-gravi | <input type="checkbox"/> testa   | <input type="checkbox"/> scalfittura     |
| <input type="checkbox"/> ferite gravi       | <input type="checkbox"/> tronco  | <input type="checkbox"/> lesioni interne |
| <input type="checkbox"/> deceduto           |                                  | <input type="checkbox"/> tagli           |

- Equipaggiamenti di protezione personale:
- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | imbracatura di ritenuta indossata |
| <input type="checkbox"/> | cordino con sistema retrattile    |
| <input type="checkbox"/> | cordino di trattenuta regolabile  |
| <input type="checkbox"/> | casco                             |

- Danni materiali Apparecchiatura in FRS
- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | < 5.000        |
| <input type="checkbox"/> | 5.000 – 15.000 |
| <input type="checkbox"/> | > 15.000       |

- Danni all'oggetto in FRS
- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | < 2.000        |
| <input type="checkbox"/> | 2.000 – 10.000 |
| <input type="checkbox"/> | > 10.000       |

Foto  .....  sì  no

Utilizzo  solo uso interno all'associazione .....  
 approvato per uso esterno .....  
 approvato per fini di formazione .....

Ditta

.....  
Nome / cognome / visto

**Si prega di inviare il modulo compilato a:  
Karin Zumbrunn [kzumbrunn@handel-schweiz.com](mailto:kzumbrunn@handel-schweiz.com)**