



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

**17BIS - MODULO PER LA COMUNICAZIONI DEI DATI PER LA DENUNCIA DI  
INFORTUNIO/MALATTIA PROFESSIONALE<sup>1</sup>**

***Al Dirigente del Settore***

\_\_\_\_\_

Nome e cognome dipendente: \_\_\_\_\_

Settore di appartenenza: \_\_\_\_\_

Servizio/Unità Organizzativa: \_\_\_\_\_

Infortunio avvenuto in data: \_\_\_\_\_ alle ore: \_\_\_\_\_

Località dell' evento: \_\_\_\_\_

Infortunio in itinere SI  NO

**DATI RELATIVI AL CERTIFICATO MEDICO (obbligatori)**

Numero identificativo del  
certificato \_\_\_\_\_

Data di rilascio \_\_\_\_\_

Numero giorni di prognosi \_\_\_\_\_

**Eventuali ulteriori informazioni ritenute utili dal dipendente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Con la compilazione di tale modello e il suo inoltro al Datore di Lavoro, il lavoratore assolve all'obbligo di informazione prevista dall'art. 52 del Dpr.1124/65 (Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).