192/V/08

Vittoria Assicurazioni

Cap. Soc. Euro 32.736.956,00 int. vers.
Cod. Fisc. P. IV A e Reg. Imp. Milano 01329510158
Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni Sez. I n. 1.00014
Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni - Iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi n.008

Egr. Sig.
ROCHIRA COSIMO c/o
AGENZIA DI TARANTO

C.A. sig. RUTA ANTONIO
fax 099/7324475

11 febbraio 2009

Oggetto : Sin. n. 1/740/08/00430 del 08/02/2008
AMAT SPA / ROCHIRA COSIMO

Come concordato Le inviamo atto di transazione e quietanza per l'importo di Euro #35.000,00 (Trentacinquemila/00),
La preghiamo di completarlo con la data e la Sua firma in calce all'atto di transazione e, ove lo ritenga, in quello di quietanza.

Quando ci verrà restituito provvederemo a pagare il corrispondente importo mediante accredito in conto. A tale proposito, Vorrà comunicarci le coordinate bancarie – CODICE IBAN – per poter effettuare tale operazione.

E' sottinteso che la firma da Lei apposta nell'atto di quietanza assumerà valore ed efficacia solamente al momento del materiale pagamento della somma.

Porgiamo distinti saluti.

Ispettorato Liquidazione Danni
Vittoria Assicurazioni S.p.A.

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A.
ISPETTORATO LIQUIDAZIONI DANNI UNITA ANTIFRODE
Via Caldera, 21 - 20153 MILANO (MI)
TEL. 02/4521007 - fax 02/48219493
Ricevimento Pubblico:

192/V/08

AmAt S.p.A.
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

Prot. 12333 /UP

Taranto, lì 19 GIU. 2008

Spett.le
Vittoria Assicurazioni
Agenzia Generale di Taranto
- Ruta Assicurazioni
Via Pio XII, n° 15 sc. B
74100 Taranto

Spett.le
Iacobino Insurance Brokers s.r.l.
Via Cavour 30
Fax n° 099/4533553 74100 TARANTO

" "
Al Direttore Tecnico
Dott. Cosimo Rochira
SEDE

Raccomandata A/R

OGGETTO: Polizza cumulativa infortuni n° 740.25.0000511581. Denuncia infortunio sul lavoro nostro Dirigente Tecnico, Dott. Cosimo Rochira

Come previsto nella polizza cumulativa indicata in oggetto, e facendo seguito alla raccomandata A/R già inviata dal nostro Dirigente Tecnico, Dott. Cosimo Rochira, da Voi ricevuta in data 28/02/2008, si conferma che in data 08/02/2008 il dirigente sopra menzionato ha subito un infortunio sul lavoro.

Al riguardo, si allega alla presente la seguente documentazione:

- denuncia di infortunio regolarmente presentata all'INAIL e alla competente autorità di Pubblica Sicurezza, e relativi allegati;
- certificati emessi dai sanitari dell'INAIL.

Si segnala che il dirigente ha ripreso servizio il 21/05/2008.

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti e/o integrazioni, si inviano distinti saluti.

Il Direttore Generale
(Ing. Giovanni Matichecchia

Società per Azioni con Socio unico soggetta a direzione e coordinamento da parte del Comune di Taranto
Via C. Battisti, 657 - 74100 Taranto • Tel. +39 099 73561 • Fax +39 099 7794247 • web: www.amat.ta.it • e-mail: amat@amat.ta.it
Codice Fiscale, Partita Iva e N iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733
Capitale sociale: € 8.400.000,00 interamente versato

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

APPORRE ETICHETTA NUMERO PROTOCOLLO

CASO: IND ☐ AGR ☐

N. FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo

Cognome: ROCHIRA
Nome: COSIMO
Sesso M/F: M

Nato a (Comune): TARANTO Prov. TA il GG 28 / MM 02 / AA 49

Residente a (Comune): TARANTO Prov. TA CAP 74100

Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA GREGORIO VII Numero Civico 9/

COD. ISTAT
COD. USL: TA 1
l'evento è avvenuto il GG 08 / MM 02 / AA 08 in (Comune): TARANTO

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio:
INCIAMPAVA E CADEVA SULL'ULTIMO GRADINO DI UNA RAMPA DI SCALE ALL'INTERNO DI PALAZZO TORNARA DEL COMUNE DI TARANTO

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo: 7010406781-02
Ragione sociale: A.M.A.T. S.P.A.

Indirizzo: VIA CESARE BATTISTI n. 657
CAP 74100 COMUNE TARANTO Prov. TA

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri: 12/02/2008 [firma]

Data e firma dell'infortunato: 12.02.08 [firma]

CERTIFICATO MEDICO

PRIMO ☒ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome): [illegible]

Codice fiscale

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG [illegible] / MM [illegible] / AA 08 alle ore [illegible]

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI [illegible]

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI [illegible]

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni [illegible] riprende lavoro il GG / MM / AA
pericolo di vita NO ☐ SI ☐
si presume invalidità permanente NO ☐ SI ☐

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero NO SI se SI, presso
esami specialistici

Codice del medico o del presidio sanitario

Luogo e data del rilascio [illegible]

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO per favore non uscire da questa zona

A.U.S.L. S.C. di Medicina d'Urgenza Dott. [illegible] MODONI

I.N.A.I.L. SEDE PROVINCIALE DI TARANTO

12 FEB. 2008

POSTA IN ARRIVO

TIMBRO DI ARRIVO

Si tratta di ricaduta? NO SI

eventuali osservazioni

VISTO DEL MEDICO	DATA	FIRMA
NO ☐ SI ☐		

INAIL

4P41

Mod. 4 - Prest.

03386191

I. N. A. I. L.
SEDE PROVINCIALE DI TARANTO
POSTA IN ARRIVO
13 FEB. 2008

Caso n. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di TARANTO

DENUNCIA D'INFORTUNIO

Cognome: ROCHIRA
Nome: COSIMO
Codice Fiscale: RCHCSM49B28L049Z
Nato a: TARANTO
GG / MM / AAAA: 28 / 02 / 1949
Stato di nascita: ITALIA
Cittadinanza: ITALIANA
Sesso: M (1)
Stato civile: 2 (2)
Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA GREGORIO VII
N. civico: 9
Comune: TARANTO
Prov.: TA
Cap: 74100
Codice ISTAT Comune:
Codice ASL: TA 1
Telefono (Prefisso/Numero):
Tipologia di lavoro: 1 (3) 1 (4)
Professione o Mestiere (5): DIRETTORE TECNICO
Qualifica (6): 01
Contratto collettivo naz.: AUTOFERROTRANVIARI
GG / MM / AAAA:
PERSONE A CARICO: X NO
PARENTE DEL D.L.: SI X
Registro inf. n.: 9

Posizione assicurativa territoriale: 7104671
C/C: 81
Cognome e nome o ragione sociale: AMAT SPA
Codice Ditta: 0032492905
C/C:
Codice Fiscale: 00146330733
AZIENDA AGRICOLA: SI NO
Amministrazione statale:
Codice ministero:
Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA CESARE BATTISTI
N. civico: 657
Comune: TARANTO
Prov.: TA
Cap: 74100
Codice ISTAT Comune:
Telefono (Prefisso/Numero): 099 / 7356211
Località dei lavori:
Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7):
Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta: DIREZIONE

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria | Ore Sett. A | Giornaliera | Mensile-mensilizzata | Convenzionale | Artigiana | Indicarne l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi C | Ore Sett. D | dal GG / MM / AAAA | al GG / MM / AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Importo straordinario E
Importo festività lavorate di domenica F
Importo prestazioni in natura vitto e alloggio G
Importo diaria trasferta H
Importo somma ... per mensa, trasf., lav. not., fest. ecc. I
Importo fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L

Elementi aggiuntivi a base annua:
Tredicesima mensilità M in % oppure Importo N in % oppure Giorni F
Premio di produzione C in % oppure Importo R in % oppure Ferie (comprensive di festività e ripos. compens. trasform. in ferie)
Altre mensilità aggiuntive S in % oppure Importo T in % Accantonamento casse edile in % U

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI DEI CAMPI
A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + R + C + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)
Totale generale

03386191

4P42

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio [ ] Al lavoratore presso la sede dell'impresa [ ] Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65) [X]

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO

GG/MM/AAAA	Ora	Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)	Durante il turno di notte	Comune di	Prov
08/02/2008	20		SI [X]	TARANTO	TA

Cat.	Codice ISTAT Comune	Codice ASL	L'infortunato ha abbandonato il lavoro?	GG/MM/AAAA	Ora
74100		TA 1	[X] NO	08/02/2008	20

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il: 08/02/2008

Ha ricevuto il primo certificato medico il: 12/02/2008

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO: in che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze anche in riferimento alle misure di igiene e prevenzione)

L'INFORTUNATO CADEVA DALL'ULTIMO GRADINO DI UNA RAMPA DI SCALE LE CUI CONSEGUENZE HANNO RICHIESTO L'INTERVENTO DEGLI OPERATORI ASL 118. SUCCESSIVAMENTE IL DIRIGENTE E' STATO RICOVERATO PRESSO L'OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA

IN PARTICOLARE: Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nel magazzino, in strada, in officina, sul tetto, nel sotterraneo, su una barca, nella stalla, nel campo, nel bosco)

ALL'INTERNO DI PALAZZO TORNARA IN TARANTO.

Che tipo di lavorazione stava svolgendo? (es. manutenzione, costruzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, trattamento del terreno, allevamento ittico)

CONVOCAZIONE DA PARTE DEL COMUNE

Era il suo lavoro consueto? SI [X] SI saltuariamente [ ] NO [ ]

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare il lavoratore? (es. sollevava una cassa, saliva le scale, usava il martello, stava guidando, arava il campo)

CADUTA DALL'ULTIMO GRADINO DI UNA RAMPA DI SCALA

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? (es. si è rotto il cavo, ha perso il controllo del mezzo, ha perso l'equilibrio)

SEGUE CERTIFICAZIONE MEDICA

In conseguenza di ciò, che cosa è avvenuto? (es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, punto da un insetto)

SEGUE CERTIFICAZIONE MEDICA

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri [ ]

Il datore di lavoro era presente? [X] NO

Se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità? SI NO

Se ha risposto no, perché?

INDICARE EVENTUALI TESTIMONI: (COGNOME, NOME, INDIRIZZO, TELEFONO)

ING. GIOVANNI MATICHECCHIA: DIRETTORE GENERALE
DOTT. PIETRO CAZANO: DIRETTORE AMMINISTRATIVO.

IN CASO DI INFORTUNIO PROVOCATO DA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE E DI NATANTI, INDICARE COGNOME, NOME, INDIRIZZO E TELEFONO DEI CONDUCENTI E DEI PROPRIETARI DEI VEICOLI COINVOLTI; NUMERI DI TARGA; COMPAGNIE ASSICURATRICI (LEGGE 24.12.69, N. 990); AUTORITA' INTERVENUTA

TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

Natura della lesione: (es. abrasione, taglio, ustione, frattura)

SEGUE CERTIFICAZIONE MEDICA

Sede della lesione: (es. mano destra, piede sinistro, torace)

SEGUE CERTIFICAZIONE MEDICA

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRA' INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI AL VERO.

DATA 12.02.2008

FIRMA AMIU T. S.p.a. IL DIRETTORE GENERALE Ing. Giovanni MATICHECCHIA

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
Direttore: Dr. Ernesto LUPO
Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

I.N.A.I.L.
SEDE PROVINCIALE DI TARANTO
13 FEB. 2008
POSTA IN ARRIVO

N° 3645

Data 08/02/08
Orario di Ingresso 2045
Orario di Uscita

Cognome [illegible] Nome [illegible] Sesso **M**

Luogo e data di nascita Ta 28/02/1929

Residenza [illegible]

Documento d'identità

Diagnosi [illegible]

Prognosi [illegible] **P.R.**

Accertamenti e terapia effettuata
[illegible]

Consulenze [illegible]

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. SI NO Riscontro diagnostico SI NO

Specificare se si tratta di:

☐ Infortunio sul lavoro ☐ Incidente stradale
☐ Lesioni provocate ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi
☐ Infortunio scolastico ☐ Incidente domestico
☐ Incidente sportivo ☐ Altro
☐ Morso di animali ☒ Accidentale

Data dell'incidente 08/2/08 Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: SI NO

Ricovero: NO SI ✗ Reparto [illegible]

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

A.U.S.L. TA/1 Presidio Ospedaliero Centrale Stabilimento SS. Annunziata
S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Dott. [illegible]
DIRIGENTE MEDICO

AMAT S.p.A.
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

A. I. L.
SEDE PROVINCIALE DI TARANTO
13 FEB. 2008
POSTA IN ARRIVO

AL DIRETTORE GENERALE
SEDE

Sezione 1

Riservata all'infortunato:
Oggetto: denuncia di infortunio occorsomi in data 08.02.08 ore 20.

IL sottoscritto ROSMINA OSITO nato a TARANTO il 28.02.1949 in possesso del profilo professionale di DIRETTORE TECNICO appartenente all'area ☐ Esercizio ☐ Officina ☒ Amministrazione sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che in data 08.02.08 impegnato sul turno _____ con inizio previsto alle ore _____ e conclusione prevista per le ore _____ sono rimasta vittima di infortunio sul lavoro. La dinamica dell'infortunio è risultata la seguente:

MENTRE SCENDEVO L'ULTIMO GRADINO DI UNA RAMPA DI SCALA ALL'INTERNO DI PALAZZO FORNARI DEL COMUNE DI TARANTO INCIAMPAVO E CADEVO PER TERRA. INTERVENIVA IL 118 E VENIVO RICOVERATA PRESSO L'OSPEDALE CIVILE S.S. ANNUNZIATA.

IL DICHIARANTE

Sezione 2

Riservata all'infortunato e da compilare solo se trattasi di **infortunio in itinere** (ossia occorso nel percorso casa/lavoro)
Oggetto: denuncia di infortunio occorsomi in data _____ ore _____.

IL sottoscritto _____ sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che l'incidente si è verificato: ☐ mentre stava andando al lavoro ☐ mentre stava tornando dal lavoro

Che l'incidente si è verificato nel 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: _____

IL DICHIARANTE

Sezione 3

Riservata all'Area. L'Area, in merito alla dichiarazione sopra resa, rende noto di essere in possesso delle seguenti ulteriori informazioni:

Ritiene che la descrizione riferita risponda a verità ?
☒ Si ☐ No ☐ Giudizio non esprimibile poiché nessun dipendente era presente al momento dell'episodio segnalato

Se ha risposto no, perché ?

IL RESPONSABILE DELL'AREA

Sezione 4

DICHIARAZIONE COSI' ASSUNTA AL PROTOCOLLO AZIENDALE:
Prot. 3051 del 12 FEB. 2008 (da consegnare immediatamente all'Ufficio Personale a cura dell'Ufficio Segreteria)

LA SEGRETERIA AMAT

San Martino Dott. Antonio
Medico Chirurgo
Dirigente Medico I° Livello ASL TA/1
Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Chirurgia Artroscopica di: Ginocchio Spalla Caviglia

Li, 20/3/08
Pulsano

Rochira Cosimo

Esiti di Rottura del tendine quadricipitale di ginocchio sn trattato

Si consiglia:

- RM ginocchio sin. (Controllo)
- Sblocco del tutore di 30°
- Inizio FKT fase iniziale dopo controllo con RM.

Dott. A. San Martino
Spec. Ortopedia e Traumatologia

Si consiglia di riportare questo Certificato ad ogni visita di controllo.
* N.B. Prima di assumere eventuali farmaci consultate il vostro medico curante.

Su Prenotazione: Studio Professionale c/o:
Taranto, Via Gobetti, 5, Lunedì h 16,00 ☎ 346-3682872
Pulsano-TA, Via Giardini Convento, 23, Giovedì7 h 16,00 ☎ 331-3847277
Sava-TA, Via Garibaldi, 27, Mercoledì h 16,00 ☎ 339-5385467
Solo per comunicazioni urgenti: ✆ 335-1362393 ✉ a.sanmartino@virgilio.it

Grottaglie, 18.01.08

Egregio Collega,

Il Sig. ROCHIRA Cosimo

ricoverato dal 9-2-08 al 18.02.08

perchè riconosciuto affetto da

Rottura completa del tendine quadricipitale e del retto mediale ginocchio sinistro -

lascia il Reparto in data odierna.

Nel corso della degenza è stato sottoposto alla seguente terapia:

Il 11.02.08 è sutura ricostruzione del tendine con filo Fiberwire + App. gessato x 35 gg.

Si consiglia Terapia medica alle foto; Tutore ortopedico -

Distinti saluti

IL MEDICO

CONTROLLI AMBULATORIALI SUCCESSIVI

Il paziente è invitato a presentarsi nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì (ore 10,30 - 12,30) con impegnativa S.S.N. prenotata dal C.U.P. e relativo pagamento ticket

- [x] il 21.2.2008
- [ ] fra

Solo fess

per

- [ ] visita ortopedica
- [ ] rimozione app. gessato
- [ ] confezione app. gessato
- [ ] rimozione sutura
- [x] medicazione
- [ ] infiltrazione
- [ ] bendaggio Tensoplast

IL MEDICO

CONTROLLI AMBULATORIALI SUCCESSIVI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "S. MARCO" - GROTTAGLIE (TA)

12

REPARTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRIMARIO: Dr. T. NEVOLI

N. cartella clinica 181/08

Alla cortese attenzione del Medico curante

700.2567

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

507654670

NOTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE

(da inviare subito al datore di lavoro)

Qualora l'infortunio o la malattia professionale abbia per conseguenza la morte o l'inabilità al lavoro per più di tre giorni, la presente notificazione dovrà essere inviata al datore di lavoro in due copie. Tale notificazione, quando occorra, potrà essere utilizzata per la segnalazione all'Autorità di P.S.

Assicurato Riccardo Costro
(cognome) (nome)

Luogo e data di nascita .....

codice USL (1)

Datore di lavoro .....

Indirizzo .....
(del datore di lavoro)

Data dell'infortunio o ~~di manifestazione della~~ M.P. 8/2/08

Cause e circostanze ~~dichiarate dall'assicurato~~ .....

A controllo il 8/4/08

Diagnosi (indicare se di certezza o di probabilità) .....

Se è stato disposto ricovero indicare l'Ospedale .....

Se in cura ambulatoriale indicare dove .....

L'infermità { determina inabilità al lavoro? ..... per quanti giorni? .....
è cessata e l'assicurato può riprendere il lavoro il giorno .....

Si avverte il datore di lavoro che il certificato medico da allegare, a norma di legge, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale è stato direttamente inviato, dal sottoscritto, all'INAIL.

Pertanto, in luogo di detto certificato, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale che il datore di lavoro deve trasmettere all'INAIL ai sensi dell'art. 53 del T.U. emanato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, dovrà essere unita una copia della PRESENTE NOTIFICAZIONE.

(1) indicare la provincia e il numero della USL di appartenenza.

IL MEDICO

..... 19 .....

.....
(timbro e firma)

Mod. 1/bis - S.S. TIP. INAIL - 14.5x21

Vedi « AVVERTENZE » a tergo

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede: TARANTO

Data: 18/4/2008

Infortunio N. 507654670

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato ROCHIRA COSIMO

Luogo e data di nascita TARANTO - 28/02/1949

Codice ASL TA112

Datore di lavoro A.M.A.T. S.P.A.

Indirizzo C.BATTISTI 657 74100 TARANTO TA

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 08/02/2008

Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermitá - determina inabilità con prognosi giustificata dal 18/04/2008 fino al 20/05/2008

Lo Specialista in Ortopedia
DOTT. PASQUALE DORIA

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede: TARANTO **Data:** 20/5/2008

Infortunio N. 507654670

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurato ROCHIRA COSIMO

Luogo e data di nascita TARANTO - 28/02/1949 **Codice ASL** TA112

Datore di lavoro A.M.A.T. S.P.A.

Indirizzo C.BATTISTI 657 74100 TARANTO TA

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. 08/02/2008

Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermitá - è cessata e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 21/05/2008

Lo Specialista in Ortopedia
DOTT. PASQUALE DORIA

Prot. N 9820
Del 20 MAG. 2008

P	PRESIDENTE	
DG	DIRETTORE GENERALE	
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DT	DIRETTORE TECNICO	
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	
UI	INFORMATICA	
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	X
UT	TECNICO	
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO	
STO	STAFF GOVERNO	