

Spettabile
FEDERAZIONE CORPI VIGILI DEL FUOCO
VOLONTARI DELLA PROV. AUT. DI TRENTO
Via Seconda da Trento n.7
38100 – TRENTO

OGGETTO: Infortunio Vigile _____

Accaduto il giorno _____

Si invia la sottoelencata documentazione relativa all'infortunio in oggetto:

- ☐ *Denuncia infortunio*
- ☐ *Certificato del medico curante*
- ☐ *Rappoto di intervento del corpo VV.F.*
- ☐ *Copia del certificato medico rilasciato dal pronto soccorso*
- ☐ *Certificato di ricovero ospedaliero*
- ☐ *Certificato di prosecuzione malattia*
- ☐ *Copia della lettera del Sindaco in cui richieda l'intervento del Corpo VV.F.*
- ☐ *Certificato di fine malattia*
- ☐ *Elenco delle spese sostenute dall'infortunio*
- ☐ *Certificato di dimissione dall'ospedale*

Distini saluti,

IL COMANDANTE

(firma leggibile)

DENUNCIA DI INFORTUNIO (nota)

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO:

(Cognome)	(Nome)	(Cod. fiscale)
(luogo di residenza)	(data di nascita)	(Provincia)
(Comune di residenza)	(CAP)	(Località/Via)
		(Num Civico)
(Professione)		(N. telefonico)
(Appoggio Bancario / n. C/C)		

Si sono verificati in passato infortuni per i quali sono state percepite indennità?

☐ SI (indicare date precedenti infortuni) _____
☐ NO

DATA INFORTUNIO	ORE	LUOGO DI INFORTUNIO (indicare anche il comune)

Qualora non si tratti di vigile indicare se è stato chiamato a prestare la sua opera dal:

SINDACO ☐ Nominativo _____

COMANDANTE ☐

Quali MANSIONI svolgeva il vigile/il soggetto quando accadde l'infortunio? _____

Descrivere dettagliatamente la DINAMICA dell'infortunio: _____

TESTIMONI DELL'INFORTUNIO:

(Cognome)	(Nome)	(Domicilio)
-----------	--------	-------------

IN MANCANZA DI TESTIMONI INDICERE NOMINATIVI DEI PRIMI ACCORSI:

(Cognome)	(Nome)	(Domicilio)
-----------	--------	-------------

INDICARE LE PERSONE CHE HANNO PRESTATO LE PRIME CURE

(Cognome)	(Nome)	(Domicilio)
-----------	--------	-------------

L'infortunato è stato ricoverato al PRONTO SOCCORSO ? ☐ SI (indicare quale) _____
☐ NO

L'infortunato è stato ricoverato in un OSPEDALE ? ☐ SI (indicare quale) _____
☐ NO

(Luogo) _____, (data) _____

L'INFORTUNATO

IL COMANDANTE (nota)

(nota) Da compilarsi a cura del Comandante o, nel caso l'infortunato sia il Comandante a cura del Sindaco

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

1. Nome e cognome
dell'infortunato _____
Data dell'infortunio (____ / ____ / ____) _____
2. Giorno in cui sono state prestate le prime cure all'infortunato _____
Vi furono altri medici curanti prima? SI NO
3. Esatta descrizione della lesione _____
Stato attuale del paziente _____
4. Risultano o si sospettano lesioni di nervi, tendini, muscoli od organi interni? SI NO
In che consiste la lesione? _____
5. Quale causa diretta viene indicata dall'infortunato (o dai testimoni)? _____
Come risulta dimostrato il nesso fra la causa indicata e gli effetti della lesione? _____
E' questa la sola esclusiva causa o ve ne sono altre? Quali? _____

6. In quali condizioni di integrità fisiologica e anatomica si trovava l'infortunato prima del sinistro? _____

7. Quali sono state le malattie ed infortuni rilevanti accusati in precedenza? _____
Per quanto tempo è stato curato? _____
8. Quali conseguenze immediate ha già arrecato l'infortunio? _____
Versa in pericolo di vita? _____
Può residuargli invalidità permanente? _____
9. Deve l'infortunato trattenersi in casa? _____
Per quanti giorni? _____
Quale è la probabile durata dell'incapacità al lavoro causata dall'infortunio? _____ giorni
10. È stata dettata subito conveniente cura? _____
Come vengono osservate le prescrizioni? _____
Dove viene curato l'infortunio? _____
11. L'infortunato si è recato presso un pronto soccorso? SI NO Quale? _____
L'infortunato è stato ricoverato presso un ospedale? SI NO Quale? _____
Attualmente è ancora ricoverato? SI NO Quando è stato dimesso? _____

_____, lì _____

Il MEDICO CURANTE

(firma leggibile)

SCRIVERE IN STAMPATELLO

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE
- prosecuzione malattia-

1. Generalità dell'infortunato _____
Data dell'infortunio _____
Data ultimo certificato medico rilasciato _____
Data in cui-era prevista la guarigione del paziente _____
2. Lesioni del paziente _____

3. Condizioni attuali del paziente _____

4. L'infortunato a causa delle sue condizioni di salute necessita di ulteriori _____
giorni di astensione lavorativa totale e si prevede che potrà riprendere l'attività lavorativa il
giorno ____ / ____ / _____
5. Eventuali osservazioni:

_____, li _____

Il MEDICO CURANTE

(timbro e firma leggibile)

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

CERTIFICATO MEDICO DEFINITIVO

Il modulo va redatto e presentato alla Cassa Provinciale Antincendi entro il terzo giorno successivo dalla data di cessazione dell'infortunio

1. Cognome e nome dell'infortunato _____
Domicilio _____
2. Quando iniziarono le cure mediche? _____
Quando cessarono? _____
Stato del paziente _____
3. Quali furono esattamente le lesioni prodotte dall'infortunio? _____

4. Risulta che all'infortunio preesistessero minorazioni anatomiche o patologiche della capacità lavorativa? _____ Quali? _____

5. Ebbe l'infermità una durata maggiore di quella prevista ? _____
Per quale causa? (particolare stato costituzionale, infermità precedenti o susseguenti all'infortunio, ecc.)

6. L'infortunato rimase a letto per prescrizioni mediche? _____
Per quanti giorni? _____
7. L'infortunato fu ricoverato in ospedale? _____ Quale? _____
Giorno di ricovero _____ giorno di dimissione _____
8. Per quanti giorni l'infortunato fu totalmente impedito nell'esercizio dell'attività lavorativa? _____
dal _____ al _____
L'infortunato riprenderà l'attività lavorativa il giorno _____

oooooooooooooooooooo

INVALIDITA' PERMANENTE

9. In caso di imperfetta guarigione dell'infortunato, quali minorazioni anatomiche o funzionali si rilevano all'atto della redazione del presente certificato? _____

10. In quale misura percentuale può oggi considerarsi permanentemente ridotta la funzionalità di ciascun arto o organo leso? _____

Si ritiene possibile, con appropriate cure o anche con il semplice uso funzionale, qualche futuro miglioramento delle minorazioni attualmente rilevate? _____

Quali cure o provvedimenti si consigliano a tal fine? _____

oooooooooooooooooooooooo

MORTE

11. In caso di morte dell'infortunato a che ora e giorno avvenne? _____

Quale fu il medico che constatò il decesso? _____

Venne richiesto esame autoptico? _____

Quale fatto patologico la determinò? _____

Concorsero all'esito letale delle lesioni prodotte dall'infortunio, cause preesistenti o sopravvenute? _____

Quali? _____

Eventuali osservazioni: _____

_____, li _____

IL MEDICO CURANTE

(firma leggibile)

Indirizzo: _____

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il Vigile del Fuoco _____ infortunatosi il giorno _____
ha sostenuto le sotto elencate spese (*) di cui allegano le ricevute in originale.

<i>DATA</i>	<i>DESCRIZIONE SPESA</i>	<i>IMPORTO</i>
	<i>TOTALE</i>	

_____, li

IL COMANDANTE

(*) spese per medicinale e cure ambulatoriali a domicilio
spese ospedaliere comprese le prestazioni medico chirurgiche, medicinale e spese di trasporto all'ospedale

HAUPTSITZ BOZEN
I-39100 SEDE BOLZANO
Esperantostr. 1 Via Esperanto
Tel. +39 0471 06 99 00
info@assiconsult.com
info@pec.assiconsult.com

OFFICE MILANO
I-20127 Milano
Via Soperga 2
Tel. +39 02 67 49 33 13
info.milano@assiconsult.com
team-credito@pec.assiconsult.com

OFFICE INNSBRUCK
A-6020 Innsbruck
Boznerplatz 1
Tel. +43 512 58 26 95
info.innsbruck@assiconsult.com

ASSICONSULT®
INTERNATIONAL INSURANCE BROKER

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività della nostra società.

- Il trattamento di dati personali avviene esclusivamente nell'ambito della nostra operatività e dei servizi relativi.
- Il trattamento dei dati è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. a) del sopracitato d. lgs.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, comunicazione, cancellazione e distribuzione dei dati.
Le operazioni possono essere svolte tramite l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati. Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
- Il conferimento di dati personali comuni e sensibili è strettamente necessario ai fini della prestazione dei servizi richiesti.
- L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di dare esecuzione ai servizi richiesti.
- I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati, per le finalità sopra indicate, a collaboratori esterni e a tutti quei soggetti, cui la comunicazione sia necessaria per la corretta esecuzione dei servizi richiesti. I dati personali non sono altrimenti soggetti a diffusione.
- I dati personali possono essere trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito dell'espletamento dei servizi richiesti.
- L'art. 7 del sopracitato d. lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

INFORMATIONSSCHREIBEN LT. ART. 13 DES GESETZESVERTR. DEKR. 196/2003

Wir möchten Sie im Sinne des Art. 13 des GvD 196/2003 darauf hinweisen, dass die uns von Ihnen mitgeteilten oder aufgrund unserer Tätigkeit erworbenen persönlichen Daten, Gegenstand einer Behandlung werden können, im Einklang mit dem o. a. Datenschutzgesetz und unter Beachtung der Vertraulichkeit, die unsere Tätigkeit auszeichnet.

- Persönliche Daten werden ausschließlich im Rahmen unserer Betriebstätigkeit sowie der diesbezüglichen Dienstleistungen behandelt.
- Die Behandlung der Daten erfolgt, im Sinne des Art. 4, Abs. 1, Punkt a) von o. a. GvD über folgende Operationen: das Sammeln und Speichern, die Organisation und Aufbewahrung, das Abfragen, die Mitteilung, das Löschen und die Verteilung der Daten.
Die Verarbeitung Ihrer Daten kann mittels elektronischer oder jedenfalls automatisierter Vorgänge erfolgen. Die Datenbehandlung wird vom Verantwortlichen oder von seinen Beauftragten vorgenommen.
- Die Mitteilung der persönlichen und sensiblen Daten ist für das Erbringen der beantragten Dienstleistungen erforderlich.
- Die allfällige Weigerung, persönliche Daten mitzuteilen, hat als Folge die Unmöglichkeit, die beantragten Dienstleistungen durchzuführen.
- Die persönlichen Daten können den Behandlungsbeauftragten mitgeteilt werden; zwecks der Behandlung bzw. der korrekten Durchführung der beantragten Dienstleistungen können die Daten auch externen Mitarbeitern oder anderen betroffenen Personen mitgeteilt werden. Persönliche Daten werden sonst nicht bekanntgegeben.
- Die persönlichen Daten können nach EU- und Nicht-EU-Ländern in Rahmen der beantragten Dienstleistungen gesandt werden.
- Lt. Art. 7 des o. a. GvD hat der Betroffene folgende Rechte: u. a. kann er vom Verantwortlichen die Bestätigung verlangen, dass bei diesem persönliche Daten aufliegen; er kann verlangen, dass diese in verständlicher Form zur Verfügung gestellt werden; er hat das Recht, den Ursprung der Daten, den Zweck, die Modalität sowie die Logik der Behandlung zu kennen, ebenfalls die Angaben des Verantwortlichen für die Datenbehandlung sowie der Personen, denen diese Daten mitgeteilt werden dürfen; der Betroffene hat außerdem das Recht auf die Aktualisierung, die Verbesserung und die Ergänzung, das Löschen und die Umwandlung in anonyme Form seiner Daten, sowie die Sperrung von gesetzeswidrig behandelten Daten; der Verantwortliche für die Datenbehandlung kann sich aus berechtigten Gründen der Behandlung derselben entgegensetzen.

WWW.ASSICONSULT.COM

MwSt.-Nr. - Part. IVA 00423280213 / Steuernr. & Nr. Einschr. Handelsreg. - cod. fisc. & n. iscr. reg. impr. 80000170219
Eint. - iscr. RUI Sez. B: B000060355 / Ges. Kap. - cap. soc. 100.000.- Euro (v.e. - i.v.)
Kunden BZ - Clienti BZ: Südtiroler Volksbank Gen.aA - Banca Popolare dell'Alto Adige / IBAN: IT43X0585611601050571324565 / BIC - SWIFT: BPAAIT2B050
Raiffeisenkasse Ritten Gen. - Cassa Rurale Renon Soc. / IBAN: IT85P0818758740000004042100 / BIC - SWIFT: RZSB IT21030
Clienti Milano: Cassa di Risparmio di Bolzano S.p.A. - Sede Milano / IBAN: IT56 Z060 4501 6000 0000 5000 222 / BIC - SWIFT: CRBZIT2B160

HAUPTSITZ BOZEN
I-39100 SEDE BOLZANO
Esperantostr. 1 Via Esperanto
Tel. +39 0471 06 99 00
info@assiconsult.com
info@pec.assiconsult.com

OFFICE MILANO
I-20127 Milano
Via Soperga 2
Tel. +39 02 67 49 33 13
info.milano@assiconsult.com
team-credito@pec.assiconsult.com

OFFICE INNSBRUCK
A-6020 Innsbruck
Boznerplatz 1
Tel. +43 512 58 26 95
info.innsbruck@assiconsult.com

ASSICONSULT®
INTERNATIONAL INSURANCE BROKER

- Titolare del trattamento è il broker assicurativo Assiconsult S.r.l. con sede in Bolzano, Via Esperanto 1, P. I. 00423280213.
- Ove l'autorizzazione per il trattamento di dati personali e sensibili, dovesse essere concessa dal sottoscritto, tale dichiarazione è valida anche per i rapporti intercorsi antecedentemente al 01.01.2004. Dopo aver ricevuto le informazioni di cui sopra, **dichiaro spontaneamente**
- di autorizzare il trattamento dei miei dati personali di ogni genere, anche di quelli cosiddetti sensibili, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e delego inoltre la società Assiconsult S.r.l. a reperire ed acquisire presso gli uffici ed enti pubblici tutte le informazioni, gli estratti ed i documenti necessari all'espletamento del trattamento descritto
- Vi autorizzo espressamente a conservare i miei dati anche dopo l'avvenuta estinzione di ogni rapporto con la vostra società.

- Verantwortlich für die Datenbehandlung ist der Versicherungsbroker Assiconsult S.r.l. mit Sitz in Bozen, Esperantostr. 1, MwSt.-Nr. 00423280213.
- Sollte der Unterfertigte seine Zustimmung zur Behandlung der persönlichen und sensiblen Daten erteilen, gilt diese Zustimmung auch für Arbeitsverhältnisse, die vor 01.01.2004 zustande gekommen sind. Nach Erhalt o. a. Informationen, **erteile ich meine Zustimmung**
- zur Behandlung meiner wie immer gearteten persönlichen Daten, auch von sogenannten sensiblen Daten, im Sinne des GvD 169/2003; ich ermächtige außerdem die Gesellschaft Assiconsult GmbH, bei öffentlichen Ämtern und Behörden alle für die beschriebene Behandlung erforderlichen Informationen, Auszüge und Unterlagen einzuholen.
- Ich ermächtige Sie ausdrücklich zur Aufbewahrung meiner Daten auch nach Erlöschen von jedem Verhältnis mit Ihrer Gesellschaft.

La preghiamo di voler allegare una copia del Documento d'Identità e del Codice Fiscale.

Nome e cognome _____
Data di nascita: _____
Luogo di nascita: _____
Codice fiscale: _____
Residenza: _____
Firma leggibile _____

Data: _____

Wir bitten Sie eine Kopie der Identitätskarte und der Steuernummer beizulegen.

Name und Nachname _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Steuernummer: _____
Wohnsitz: _____
Leserliche Unterschrift _____

Datum: _____

WWW.ASSICONSULT.COM

MwSt.-Nr. - Part. IVA 00423280213 / Steuern. & Nr. Einschr. Handelsreg. - cod. fisc. & n. iscr. reg. impr. 80000170219
Eint. - iscr. RUI Sez. B: B0000060355 / Ges. Kap. - cap. soc. 100.000.- Euro (v.e. - i.v.)
Kunden BZ - Clienti BZ: Südtiroler Volksbank Gen.aA - Banca Popolare dell'Alto Adige / IBAN: IT43X0585611601050571324565 / BIC - SWIFT: BPAAIT2B050
Raiffeisenkasse Ritten Gen. - Cassa Rurale Renon Soc. / IBAN: IT85P0818758740000004042100 / BIC - SWIFT: RZSB IT21030
Clienti Milano: Cassa di Risparmio di Bolzano S.p.A. - Sede Milano / IBAN: IT56 Z060 4501 6000 0000 5000 222 / BIC - SWIFT: CRBZIT2B160

**ALLA DENUNCIA DI INFORTUNIO VI CHIEDIAMO
GENTILMENTE DI ALLEGARE:**

CARTA D'IDENTITA'

CODICE FISCALE

RECAPITI TELEFONICI

EMAIL