DEPARTMENT OF THE NAVY
U.S. NAVAL SUPPORT ACTIVITY
PSC 817 BOX 1
FPO AE 09622-1000

NAVSUPPACT NAPLES INST 5100.14
N35

- 8 JUN 2010

NAVSUPPACT NAPLES INSTRUCTION 5100.14

From: Commanding Officer, U.S. Naval Support Activity, Naples, Italy

Subj: LOCAL NATIONAL (LN) EMPLOYEES FIRST AID TREATMENT AND ON THE JOB INJURY REPORTING

Ref: (a) Decree of Italian Republic President, D.P.R 30 June 1965 N.1124
(b) OPNAVINST 5100.23 (Series)
(c) Conditions of Employment for Local National Employees of the U.S. Armed Forces in Italy, 01 January 2006

Encl: (1) Procedures for first aid treatment for LN personnel within the confines of the U.S. Naval Base or Compound
(2) Procedures for first aid treatment for LN personnel outside the confines of the U.S. Naval Base or installation
(3) Medical Referral Form, OPNAV 5100/9
(4) INAIL Denuncia D'infortunio/English Translation

1. Purpose. To establish procedures to be followed in the case of on-the-job injury to Local Nation (LN) employees.

2. Scope. This instruction applies to all Local National employees serviced by the Human Resource Office (HRO), Naples, Italy, and the Commander Navy Region Europe, Africa, Southwest Asia (CNREURAFSWA) Non-Appropriated Funds (NAF) Business Office.

3. General. In accordance with reference (c), LN employees must immediately report all on-the-job injuries to their supervisors. In certain cases as outlined in this instruction, a report of the on-the-job injury must be made to the National Insurance Institute for Workers Compensation (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)). Medical treatment for on-the-job injuries will be dispensed in accordance with this instruction. As detailed in this instruction, the U.S. Naval Hospital Naples (USNH Naples) and

its branch clinic at Capodichino (NHBC Capo) may provide professional first-aid treatment to LN employees for on-the-job injuries. "First-aid" is defined as any treatment requiring one or more visits to a medical facility during working hours as a result of on-the-job injury. Following first aid treatment at the USNH Naples or NHBC Capo, injured employees must proceed to an Italian hospital for final treatment and disposition before returning to duty. Specific procedures for handling on-the-job injuries of LN employees sustained at U.S. Naval Support Activity (NAVSUPPACT), Naples, Italy installations are included in enclosure (1). Procedures for handling on-the-job injuries of LN employees sustained outside NAVSUPPACT Naples are included in enclosure (2).

4. Responsibilities

a. LN Employees. LN Employees who sustain an on-the-job injury should immediately notify their supervisor and obtain authorization for first-aid treatment. Subsequently, if further treatment is required, and the on-the-job injury results in three (3) or more lost work days, the employee must also provide their supervisor the following:

(1) Medical certificate relating to the injury, released by the Italian hospital (Referto).

(2) Medical (Return to work) certificate (Definitivo) released by INAIL, indicating termination of inability to perform his/her duty and date of return.

b. Supervisors. In the event of on-the-job injury, appropriate supervisory action will be taken as indicated in enclosures (1) and (2). The supervisor shall:

(1) Prepare the Medical Referral Form, OPNAV Form 5100.9 (enclosure (3)). This permit is issued to the injured employee or the person accompanying their for presentation to the USNH Naples, NHBC Capo or appropriate medical facility for first-aid treatment. This Form is required in cases of injury during duty hours, occurring on board any NAVSUPPACT Naples installations. LN employees will not be treated at USNH Naples or NHBC Capo without this permit unless emergency (life threatening)

circumstances render obtaining the permit impractical, in which case the supervisor will provide the form to USNH Naples or NHBC Capo as soon as possible after the employee has received treatment.

(2) Ensure OPNAV Form 5100/9 (Medical Referral) is signed by the medical officer and returned to the supervisor for final disposition. Once first-aid treatment is completed, the employee will be taken or transferred to an Italian hospital in a U.S. Government vehicle if necessary.

(3) Supervisors are responsible for reporting all mishaps to the appropriate authorities no matter how small they may be. As soon as possible, the supervisor must make a telephone report of the mishap to the Occupational Safety and Health (OSH) Office and also submit a mishap report entry into the Enterprise Safety Application Management System (ESAMS). The supervisor should also inform their chain-of-command of on-the-job injuries to their LN employees.

(4) For all LN on-the-job injuries resulting in more than three (3) lost work days, prepare the "Report of on-the-job Injury" (INAIL Denuncia di Infortunio sul Lavoro).

(a) Instructions on completing this form are available in enclosure (4). Enclosure (4) also includes a translation of the report and reporting procedures for guidance purposes. This two (2) page, four (4) carbon copy report is not to be detached.

(b) The INAIL report must be signed by a military supervisor. If there is no military supervisor available in the injured employee's chain-of-command, the Command Duty Officer (CDO) or other military person authorized to sign on behalf of the Command will sign the report.

(c) The report should include a medical certificate (from an Italian Hospital) to be completed in Italian, and must be submitted to the Italian State Police Station (Polizia di Stato) nearest to where the mishap has occurred. The report shall be submitted by the injured employee's supervisor within two business days, excluding Sundays and Italian Holidays, of

the incident. If the Polizia di Stato are not available to accept the report, it shall be submitted to the central police station (Questra) or the City Municipality Police (Polizia Municipale).

(d) The State Police will take copy 'C' of the report. The copy 'A' and copy 'B' of the report shall be submitted to the INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) in the district of the injured person's residence. Copy 'D' of the report shall be submitted to the servicing payroll office.

(e) A copy of the report must be forwarded to the NAVSUPPACT Naples Safety Office and the servicing Human Resources Office for retention in the Official Personnel Folder (OPF). The injured person shall set an appointment with the nearest INAIL office (closer to their residence) for the day before the expiration date asking for a medical check, making sure to have with their a copy of "denuncia di infortunio" and "referto."

(5) Ensure an appointment is made with USNH Naples Occupational Health Clinic - Italian Competent Physician (medico competente) to have the injured employee examined prior to being admitted back to work (Fitness for duty). The injured employee should provide to the Competent Physician the definitive certificate issued by INAIL authorizing return to work. A copy of the final medical certification shall also be forwarded to the Servicing Payroll Office and the Occupational Safety and Health Office. The competent physician will determine the time off from work, fitness for duty, or work limitations and restrictions for a LN employee.

c. <u>NAVSUPPACT Naples Occupational Safety and Health Office shall</u>:

(1) Provide guidance to Supervisors and Employees regarding proper reporting and processing of on-the-job injuries.

(2) Provide all forms required by this instruction and training on how to complete them.

d. Servicing Human Resources Office (HRO) will retain a copy of the accident report in the Official Personnel Folder (OPF). HRO will also assist management with personnel issues arising from a possible unfit for duty status.

e. The Servicing Payroll Office will ensure that section 3, employee financial information, of the Report of Injury is completed and submitted to the INAIL.

5. Action. Violations of this lawful general order are punishable offenses and may result in disciplinary action under the Uniform Code of Military Justice. In addition, civilian personnel violating or disregarding the regulations established herein are subject to administrative and/or adverse personnel action at the discretion of the Commanding Officer, NAVSUPPACT Naples.

R. B. RABUSE

Distribution:
NAVSUPPACT NAPLES INST 5216.4Y
Electronic via NAVSUPPACT Naples Web site:
https://www.cnic.navy.mil/Naples/Departments/Administration/Instructions/index.htm

Procedures for first aid treatment for LN personnel <u>within</u> the confines of the U.S. Naval Base or Compound

a. For minor injuries or injuries where moving the patient would not aggravate the injury or cause considerable additional pain or discomfort, the supervisor will arrange for the injured employee to be taken to the nearest Italian hospital or the U.S. Naval Hospital, or appropriate branch clinic for first aid treatment. United States Government or civilian transportation will be provided for this purpose.

b. If the injury is of a serious nature and immediate professional medical attention is required to prevent further injury or to permit the injured employee to be safely moved, the supervisor will place an emergency call to NAVSUPPACT Naples Emergency Management Dispatch **(081-568-4911)**, requesting professional medical assistance and ambulance service. The supervisor, or the person designated to make this call, must give precise information concerning the exact location where the injured employee may be found (building, department, floor number, name of shop, etc.) and if possible, provide a brief description of the nature of the injury.

c. <u>Serious illness on-the-job</u>. In the event of <u>grave</u> and <u>serious</u> illness (presumed illness of gravity requiring immediate emergency medical assistance which precludes the employee being taken to an Italian medical facility) occurring to an employee while on duty, the procedures will be as outlined for serious injury in paragraph (b) above. In such cases, following emergency evaluation at the U.S. Naval Hospital or appropriate branch clinic, the patient will be transferred to an Italian hospital. <u>Under these circumstances, accident reports will not be applicable, and normal sick leave procedures will apply</u>.

d. Prior to the employee's return to work, the supervisor shall contact the U.S. Naval Hospital Occupational Health Clinic to set up an appointment for the employee to be examined by the Command Italian Competent Physician.

Procedures for first aid treatment for LN personnel assigned to duty outside the U.S. Naval Base or Compounds

a. If the injury does not appear to be of a serious nature the direct supervisor or senior employee should accompany the employee to the nearest Italian hospital for first aid treatment.

b. As soon as possible following an injury to a LN employee, a telephone report of the accident shall be made to the Occupational Safety and Health Office.

c. If the injury appears to be of a serious nature and requires urgent professional medical attention, the first line supervisor or senior employee will:

(1) Provide transportation of the injured employee to the nearest Italian hospital. U.S. Government or civilian transportation is to be made available to transport the injured person. If the seriousness of the injury prevents normal moving of the injured person, or due to the nature of the injury normal vehicle transportation would not be practical, the first line supervisor or senior employee will immediately call **118** to request Italian ambulance service. If necessary contact the NAVSUPPACT Naples Emergency Management Dispatch **(081-568-4911)** for assistance. The person making this call should remember the importance of giving precise information concerning the exact location where the injured employee may be found (location, town, street, building, department, floor number, name of shop, etc.) and, if possible, provide a brief description of the nature of the injury. In all cases, unless otherwise advised by medical personnel in attendance with the ambulance, injured employee(s) requiring hospital treatment are to be taken directly to any Italian hospital.

MEDICAL REFERRAL

SUPERVISOR'S REPORT	To Medical (Location)	Date of Report	
Employee's Name	Time & Date of Injury	Time Left Job	Time Returned
Social Security Number	Grade, Rate, Job Title	Occupational Injury? ☐ Yes ☐ No ☐ Questionable	
Reason for Referral ☐ Injury ☐ Illness ☐ Return to Work ☐ Employee's Request ☐ Other (Specify below)			
Remarks:			
Supervisor's Signature	Shop/Office	Telephone Number	E-mail Address

MEDICAL REPORT	Time Reported	Time Released
Occupational Injury ☐ Yes ☐ No ☐ Questionable	Degree of Injury ☐ First Aid ☐ Medical Treatment ☐ Other (Explain below)	
Remarks:		
Provider's Signature	☐ Evaluation Completed ☐ Follow-up On or Before _____ Date	
Telephone Number		

Authority: SECNAVIST 5211.5D

Principle Purpose: To ensure prompt investigation of occupational injuries and to initiate any necessary immediate corrective action.

Routine Use: Routinely used by the activity Occupational Safety and Health Office to perform official duties in the investigation of mishaps which may have caused occupational injury or illness.

Disclosure: Voluntary. Treatment will be provided without regard to employee's willingness to divulge all or part of the requested information.

OPNAV 5100/9 (Rev. FEB 2005)

INAIL

4P41

00050121

Mod. 4 - Prest.

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

All'INAIL di

DENUNCIA D'INFORTUNIO

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

GG / MM / AAAA

Stato di nascita

Cittadinanza

Sesso (1)

Stato civile (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc)

N. civico

Comune

Prov.

Cap.

Codice ISTAT Comune

Codice ASL

Telefono (Prefisso/Numero)

Tipologia di lavoro (3) (4)

Professione o Mestiere (5)

Qualifica (6)

Contratto collettivo naz.

Data di assunzione: GG - MM - AAAA

PERSONE A CARICO SI NO

PARENTE DEL D.L. SI NO

Registro inf. n.

SEZIONE 2 - DTAORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale

C/C

Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta

C/C

Codice Fiscale

AZIENDA AGRICOLA SI NO

Amministrazione statale

Codice ministero

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Prov.

Cap.

Codice ISTAT Comune

Telefono (Prefisso Nimero)

Località dei lavori

Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)

Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

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

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 È 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 in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest.ecc. I

Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L

Elementi aggiuntivi a base annua

Tredicesima mensilità — in % M — oppure — Importo N — In % O — oppure — Giorni P

Premio di produzione — in % O — oppure — Importo R — Ferie (comprensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Altre mensilità aggiuntive — in % S — oppure — Importo T — Accantonamento cassa edile — In % U

Totale generale

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI DEI CAMPI:

00050121

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) ☐

L'INFORTUNIO È AVVENUTO

GG / MM / AAAA Ora Durante quale ora di lavoro (01, 02, 03)? Durante il turno di notte? SI NO Comune di Prov.

Cap Codice ISTAT Comune Codice ASL L'infortunato ha abbandonato il lavoro? SI NO GG / MM / AAAA Ora

Il datore di lavoro ha saputo del fatto il GG / MM / AAAA Ha ricevuto il primo certificato medico il GG / MM / AAAA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

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)

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)

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

Era il suo lavoro consueto? SI ☐ 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)

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)

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

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

Il datore di lavoro era presente? SI 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)

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); AUTORITÀ INTERVENUTA

CHE TIPO DI LESIONE È STATA PROVOCATA DALL'INFORTUNIO?

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

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

La lesione ha provocato la morte? SI NO sembra poterla provocare? SI NO sembra poter provocare un'inabilità permanente assoluta o parziale? SI NO

Quanti giorni si presume che possa durare l'inabilità temporanea al lavoro? _____ entro quanto tempo si ritiene che sia possibile conoscere l'esito definitivo? _____

Altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio: _____

La comunicazione del tribunale circa la data ed il luogo dell'inchiesta di cui all'art. 57/D.P.R. n. 1124/1965 deve essere inviata a (indicare nome, cognome e residenza):

- titolare o legale rappresentante della ditta _____
- infortunato o superstiti _____

IL SOTTOSCRITTO DATORE DI LAVORO, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI ALLE QUALI ANDRÀ INCONTRO NEL CASO DI DENUNCIA INFEDELE, DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI FORNITI NELLA PRESENTE DENUNCIA CONTRADDISTINTA DAL NUMERO SOPRAINDICATO SONO RISPONDENTI A VERITÀ

DATA _____ FIRMA _____

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DENUNCIA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA

Comune _____ Provincia _____

Timbro

Si dichiara che la Ditta _____ ha presentato al sottoscritto la denuncia di infortunio contraddistinta dal numero sopraindicato.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di infortunio deve **sempre** essere presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro due giorni da quello in cui ha ricevuto il primo certificato medico **con prognosi che comporta astensione dal lavoro superiore a tre giorni.**
Per sede INAIL competente si intende quella nel cui ambito territoriale rientra il domicilio dell'assicurato (Delibera CS n. 446 del 17 giugno 2004).
Il certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).
Quando la denuncia di infortunio interessa un lavoratore parasubordinato la sezione 2 - datore di lavoro - deve intendersi riferita al committente.
Qualora i dati salariali non siano disponibili all'atto della denuncia gli stessi dovranno essere comunicati successivamente, con l'indicazione del cognome, nome, data di nascita del lavoratore e la data dell'infortunio.
Non è necessario fornire i dati salariali in caso di infortunio agricolo di:

- coltivatori diretti e soggetti equiparati;
- lavoratori a tempo determinato (avventizi).

IL DATORE DI LAVORO:

- non è tenuto ad inviare la denuncia in caso di infortunio con prognosi fino a tre giorni.
- se la prognosi si prolunga oltre il terzo giorno, deve inviare la denuncia entro due giorni dalla ricezione del nuovo certificato.
- in caso di infortunio che comporta la morte o il pericolo di morte, deve inviare un telegramma entro 24 ore.
- deve indicare il codice fiscale del lavoratore.

Il datore di lavoro, per gli infortuni con prognosi superiore a 3 giorni, deve inviare, entro due giorni, copia della denuncia all'Autorità locale di P.S. del luogo dove è avvenuto l'infortunio. Nei Comuni in cui mancano gli uffici della Polizia di Stato (Commissariato o Questura), la denuncia d'infortunio deve essere presentata al Sindaco (art. 54, D.P.R. n. 1124/1965). Per tale adempimento occorre compilare **i quadri riportati in basso nelle copie "C e D".**

SANZIONI

Per le violazioni contestate dal 1° gennaio 2007, ai sensi della legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 1177), gli importi delle sanzioni amministrative da applicare al datore di lavoro per irregolarità della denuncia di infortunio, sono qualificati come segue:

- per mancata o inesatta indicazione del codice fiscale del lavoratore (art. 16 della L. 251/1982) la sanzione passa da euro 25,32 a **euro 125,00**;
- in caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta o incompleta (art. 53 del D.P.R. 1124/1965 e art. 2, comma 1, lett. b) della L. 561/1993) la sanzione precedentemente stabilita da euro 516,46 a euro 1.549,37 è attualmente fissata da **euro 2.580,00** a **euro 7.745,00**.

LAVORATORE

Si ricorda che il **LAVORATORE**: deve informare immediatamente il datore di lavoro (o il preposto dell'azienda) di qualsiasi infortunio subito per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. n. 1124/1965).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE:
1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A
5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)	(4)	(5) Professione o mestiere
A = Dipendente B = Autonomo senza dipendenti C = Autonomo con dipendente D = Coadiuvante familiare E = Socio F = Parasubordinato G = Lavoratore interinale	1 = Indeterminato a tempo pieno 2 = Indeterminato a tempo parziale 3 = Determinato a tempo pieno 4 = Determinatp a tempo parziale 5 = Stagionale 6 = Giornaliero	Indicare la professione principale svolta dal lavoratore (ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a . . ., montatore di . . ., installatore di . . ., meccanico, operatore di macchine per . . .)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.			AGRICOLTURA	
01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale	01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione	02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione	03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente	04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista	05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Sovraintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile	06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante		07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Viaggiatore piazzista	18 = Contratto formazione lavoro		08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Medico radiologo	19 = Borsista		09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del compartecipante
10 = Detenuto	20 = Stagista		10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del compartecipante
		99 = Altro (indicare in chiaro)	11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
				99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole
Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITÀ NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

TRANSLATION
DENUNCIA D'INFORTUNIO

Address of the INAIL office to which the denouncement shall be submitted.

SECTION I: (Worker's information)

(1) Last Name

(2) First Name

(3) Fiscal Code

(4) Place of Birth

(5) Date of Birth: DD/MM/YYYY

(6) State of Birth

(7) Citizenship

(8) Gender

(9) Marital Status

(10) Address

(11) Municipality

(12) Province

(13) Postal Code

(14) Municipality ISTAT Code (leave blank)

(15) ASL Code (leave blank)

(16) Telephone Number

(17) Category of work (refer to the codes on table 3 and 4 of the instructions)

(18) Profession or Trade (State exact job: i.e. electrician, mechanic, secretary etc.)

(19) Job qualification (refer to the codes on table 6 of the instructions)

(20) Job Contract (leave blank)

(21) Date of Hire: DD/MM/YYYY

(22) Worker receives family allowances: YES (SI) NO

(23) The worker is related to the Employer: YES (SI) NO

(24) Registration number from the Activity Occupational Injury Log (Registro degli Infortuni), this log is maintained by the local OSH Office

SECTION II: (Employer's information)

(1) Insurance Code Number (provided by Payroll Office)

(2) Employer (COMANDO MARINA MILITARE USA)
Employer's Code (leave blank)

(3) Employer's Fiscal Code (provided by Payroll Office)

(4) Agricultural: YES(SI) NO

(5) State Agency (leave blank)

(6) Ministry's Code (leave blank)

(7) Employer's Address

(8) Municipality

(9) Province

(10) Postal Code

(11) Municipality ISTAT Code (leave blank)

(12) Employer's telephone number

(13) Place where the work was being performed

(14) Type of work performed

(15) Department or Division where the work was performed

SECTION III: (Financial)

The Payroll Division completes this section

SECTION IV: (Description of Accident)

(1) Date of Injury: DD/MM/YYYY

(2) Time

(3) Number of hours elapsed from starting hour (01,02,03 etc.)

(4) Night Shift: YES (SI) NO

(5) Municipality in which the accident happened

(6) Province

(7) Postal Code

(8) Municipality ISTAT Code (leave blank)

(9) ASL Code (leave blank)

(10) Did the injured person leave work: YES (SI) NO

(11) Date and time the injured person left work: DD/MM/YYYY HH

(12) The employer was notified on: DD/MM/YYYY

(13) The first medical certificate was received on: DD/MM/YYYY

(14) Description of the accident: Explain in detail how the accident happened.

(15) Place where the accident happened: i.e. warehouse, street, shop etc.

(16) Type of work performed: i.e. maintenance, construction, driving etc.

(17) Was this the usual occupation: SI (seldom) SI (YES) NO

(18) What was the worker doing at the time of the accident? (i.e. lifting a box, going upstairs, using hand tool etc.)

(19) What was the potential cause of the accident? (i.e. lost balance, broken cable, etc.)

(20) What was the consequence? (i.e. electrocution, fall, etc.)

(21) If the consequence was a fall, indicate the height in meters.

(22) Was the employer present at the time of the accident: YES (SI) NO

(23) If the employer was not present, does he/she agree with the information provided? YES (SI) NO. If no, please give explanation.

(24) Indicate witnesses (if any) of the accident.
Last Name, First Name, Address and phone number

(25) In the case of accidents caused by motor vehicles or boats, give last name, first name, address and phone number of operators and owners of the involved vehicles; license plates; Insurance Company (IAW LAW 24/12/69/ # 990). Also, indicate if police was on the scene of the accident.

(26) What type of lesion was caused by the accident? (i.e. laceration, cut, abrasion, fracture, burn etc.)

(27) Body part (i.e. left hand, head, right foot etc.)

Date and signature

BACK OF THE FORM

Instructions for the submission of the On-the-Job Report

EACH SECTION OF THIS FORM MUST BE FILLED IN
PLEASE PRINT OR TYPE
REGULATIONS AND WARNINGS

The denouncement must **always** be submitted to the competent INAIL office by the **Employer** within two calendar days from the day the employer received the first Medical certificate **with a prognosis of expected absence from work for more than 3 (three) days**. The competent INAIL office is responsible for the territory where the worker resides. (IAW delibera CS N. 466 of 17 June 2004). The medical certificate must be attached to the denouncement (art 53 D.P.R. n. 1124/1965). If the injured worker is a sub contractor - (section 2) Employer - must be filled by the customer. If the financial data is not available, it can be submitted on a later date.

THE EMPLOYER:

- Does not have to submit a denouncement if the injured worker returns to work within 3 (three) days;
- In case of a fatal injury, or a serious injury that could lead to the death of the worker, **a TELEGRAM must be sent within 24 (twenty four) hours of the accident;**
- Must indicate the Fiscal Code of the worker.

In the case of accidents with a prognosis of more than 3 days of absence from work, the employer must also submit a copy of the denouncement to the local Police authority. The denouncement must be submitted within 2 (two) calendar days to the Police office responsible for the location of the accident. In Municipalities where there is no Police Office, the denouncement must be submitted to the Mayor's Office (art. 54 D.P.R. n. 1124/1965)

PENALTIES:

As of 1 January 2007 the following penalties will be applied:

- Missing or incorrect worker's Fiscal Code: **Euro 125.00;**
- In case the denouncement is not submitted, is incomplete and/or submitted after the prescribed time limits: **Euro 2580.00 to euro 7745.00.**

WORKER:

The worker **must inform the Employer (or the supervisor) immediately of any on the job accident,** if she/he fails to do so loss of pay for the days preceding the notification may occur. (art. 52 D.P.R. n. 1124/1965)

NOTES

(1) GENDER: M= Male F= Female

(2) Civil status:

1. Single
2. Married
3. Widow
4. Separate
5. Divorced
6. Subjected to guardianship
7. Minor

TYPE OF WORK

Code (3)

A= Dependent
B= Self-employed w/out dependents
C= Self-employed with dependents
D= Family co adjuvant
E= Company partner
F= Subcontracted
G= Interim worker

Code (4)

1= Full-time permanent
2= Part-time permanent
3= Full-time temporary
4= Part-time temporary
5= Seasonal worker
6= Daily worker

Code (5)

Indicate the worker's exact title (i.e. electrician, store worker, warehouse worker etc.)

JOB QUALIFICATION

01= Manager
02= Manager-Quadri
03= White collar
04= Blue collar specialized
05= Blue collar
06= Supervisor
07= Home worker
08= Traveling salesman
09= Radiologist
10= Prisoner
11= Hospitalized
12= Religious
13= Artisan
14= Tradesman
15= Apprentice artisan
16= Apprentice not artisan
17= Trainee
18= Under training contract
19= Stockbroker
20= Internship
21= Professional planned class
22= Student for qualification classes
23= Instructor for qualification classes
24= Student
25= Athlete
26= LSU
99= Other not elsewhere specified

AGRICULTURAL: Anything under this code will not apply for the U.S.