

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalita' \_\_\_\_\_  
 Domiciliato a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 Cod Istat Comune domicilio \_\_\_\_\_ Cod. ASL domicilio \_\_\_\_\_ Cod ASL residenza\* \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Attualmente in attivita' lavorativa \_\_\_\_\_  
 \* solo se residenza diversa dal domicilio

**MALATTIA E ATTIVITA' AD ESSA CORRELATA** da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia \_\_\_\_\_  
 Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia \_\_\_\_\_  
 La malattia e' presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?  SI  NO se SI in quale lista? \_\_\_\_\_ Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i. \_\_\_\_\_  
 Data prima diagnosi GG MM AAAA \_\_\_\_\_ Eventuale data di abbandono lavoro (in caso di lavoratori marittimi inserire la data dell'ultimo sbarco) GG MM AAAA \_\_\_\_\_  
 Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG MM AAAA \_\_\_\_\_  
 La malattia produce inabilita' temporanea al lavoro?  dal GG MM AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il GG MM AAAA \_\_\_\_\_  
 Se la durata dell'assenza dal lavoro e' superiore ai 60 gg continuativi e' prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneita' alla mansione specifica.

**DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITA' CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA**

Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
 Comune (abituale luogo di lavoro) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 Settore lavorativo \_\_\_\_\_  
 Sub-settore \_\_\_\_\_  
 Attivita' lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia \_\_\_\_\_ dal GG MM AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il GG MM AAAA \_\_\_\_\_  
 Dipendente  Autonomo  Altro  (Specificare) \_\_\_\_\_  
 Attivita' svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  Se si quale azienda? \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale del medico \_\_\_\_\_ In qualita' di: \_\_\_\_\_  
 Codice INAIL del medico o del presidio sanitario \_\_\_\_\_ Presidio sanitario \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ telefono fisso o cellulare \_\_\_\_\_

Le informazioni contenute nel certificato alimentano il Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate di cui all'art.10 d.lgs. 38/2000. Rimane a carico del medico l'obbligo di invio della denuncia/segnalazione ai sensi dell'art.139 del t.u. (d.p.r. 1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.

Luogo e data di rilascio: \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del medico: Dr. \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame)

Se SI quali?

Invalido civile  Invalido INPS  Altro (specificare)

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

Terapia

Si presume invalidità permanente   Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso

Caso mortale  Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio

Timbro e firma del medico

Dr.

ASSICURATO

Cognome

Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo

dal

GG MM AAAA  
 /  /

al

GG MM AAAA  
 /  /

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.)

N. civico

Int

/

Comune

Prov

Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.)

N. civico

Int

/

Comune

Prov

Cap

Assicurato  dipendente  Autonomo  Altro (specificare)

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)

dal

GG MM AAAA  
 /  /

al

GG MM AAAA  
 /  /

Rischio: agente/lavorazione/esposizione

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub settore	Rischio/esposizione/agente/ lavorazione	Attività svolta/ mansione
1	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/	/
6	/	/	/	/	/	/	/

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio

Firma dell'assicurato

\_\_\_\_\_, li' \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: [www.inail.it](http://www.inail.it) > privacy