

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG _____ / MM _____ / AAAA _____ in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG _____ / MM _____ / AAAA _____ alle ore _____ , _____

Data GG _____ / MM _____ / AAAA _____

L'assicurato

DIAGNOSI _____

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG _____ / MM _____ / AAAA _____ fino a tutto il GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Timbro e Firma del Medico

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F M F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG _____ / MM _____ / AAAA _____ in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG _____ / MM _____ / AAAA _____ alle ore _____ , _____

Data GG _____ / MM _____ / AAAA _____ L'assicurato

DIAGNOSI _____

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG _____ / MM _____ / AAAA _____ fino a tutto il GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Timbro e Firma del Medico

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO **CONTINUATIVO** **DEFINITIVO** **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG _____ / MM _____ / AAAA _____ in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG _____ / MM _____ / AAAA _____ alle ore _____ , _____

Data GG _____ / MM _____ / AAAA _____

L'assicurato

DIAGNOSI _____

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG _____ / MM _____ / AAAA _____ fino a tutto il GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG _____ / MM _____ / AAAA _____

Timbro e Firma del Medico

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
NUMERO (identifica il modulo)	Mod. 1 SS
DESCRIZIONE	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.</p> <p>I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'INAIL corredato da apposita denuncia.</p> <p>Il certificato è composto di due pagine.</p> <p>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Copia A per l'assicurato;- Copia B per l'INAIL;- Copia C per il datore di lavoro. <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato;• diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore. <p>La pag. 2 è predisposta in due copie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Copia A per l'assicurato;- Copia B per l'INAIL; <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".
A COSA SERVE	a certificare lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.
QUANDO SI USA?	quando un medico rileva uno stato di inabilità temporanea al lavoro, o la cessazione dello stesso, derivato da lesioni riportate a seguito di un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo.
NOTE	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.