

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

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

ASSICURATO

Cognome Nome Sesso M F

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

Domiciliato a (Comune) Prov. Cap Telefono

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

Codice Istat Comune domicilio Cod. Asl domicilio Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) Codice fiscale Attualmente in attività lavorativa SI NO

MALATTIA E ATTIVITÀ 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 è presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.? SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è 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'idoneità alla mansione specifica.

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

Datore di lavoro _____

Comune (abituale luogo di lavoro) Prov. Cap

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) _____

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Dipendente Autonomo Altro (specificare) _____

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? SI NO Se SI quale azienda? _____

Comune Prov. Cap

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome Nome

Codice fiscale del medico In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

Codice Inail del medico o del presidio sanitario Presidio sanitario

Comune Prov. Cap Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

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) SI NO

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 SI NO Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso _____

Caso mortale Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'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 /

Comune Prov. Cap

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

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro (specificare)

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) 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 (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa 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

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: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

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

ASSICURATO

Cognome Nome Sesso M F

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

Domiciliato a (Comune) Prov. Cap Telefono

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

Codice Istat Comune domicilio Cod. Asl domicilio Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) Codice fiscale Attualmente in attività lavorativa SI NO

MALATTIA E ATTIVITÀ 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 è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.? SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è 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'idoneità alla mansione specifica.

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

Datore di lavoro

Comune (abituale luogo di lavoro) Prov. Cap

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9)

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Dipendente Autonomo Altro (specificare)

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? SI NO Se SI quale azienda?

Comune Prov. Cap

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome Nome

Codice fiscale del medico In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

Codice Inail del medico o del presidio sanitario Presidio sanitario

Comune Prov. Cap Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio Timbro e firma del medico

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) SI NO

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 SI NO Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso _____

Caso mortale Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'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 /

Comune Prov. Cap

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

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro (specificare) _____

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) 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 (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa 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 _____

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: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome Nome Sesso M F

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

Domiciliato a (Comune) Prov. Cap Telefono

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

Codice Istat Comune domicilio Cod. Asl domicilio Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) Codice fiscale Attualmente in attività lavorativa SI NO

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 è presente nell'elenco di cui al Decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i. SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è 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'idoneità alla mansione specifica.

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome Nome

Codice fiscale del medico In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

Codice Inail del medico o del presidio sanitario Presidio sanitario

Comune Prov. Cap Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'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 /

Comune Prov. Cap

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

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro Specificare

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) 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 (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa 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

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: <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html>

NOTE

NOTA 1 - CODICE ASL: Indicare il codice della Asl di residenza solo se la residenza è diversa dal domicilio

NOTA 2 - EVENTUALE DATA ABBANDONO LAVORO: in caso di lavoratori marittimi inserire la data dell'ultimo sbarco

NOTA 3 - SUB-SETTORE LAVORATIVO: indicare per esteso il sub-settore relativo alla categoria di appartenenza

Categoria Agricoltura, silvicoltura e pesca:

- 1) Coltivazioni agricole non permanenti (cereali, ortaggi, fiori, ecc.)
- 2) Coltivazioni agricole permanenti (frutticoltura, ecc.)
- 3) Allevamento
- 4) Silvicoltura
- 5) Pesca e Acquacoltura
- 6) Servizi all'agricoltura (potatura, noleggio di macchinari con operatore, gestione di impianti di irrigazione, ecc.)

Categoria Industria:

- 7) Estrazione da cave e miniere (sabbia, marmo, petrolio, ecc.)
- 8) Alimentare e del tabacco
- 9) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 10) Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 11) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 12) Cartiere e attività cartotecniche
- 13) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 14) Raffinerie e stabilimenti petrolchimici
- 15) Chimica e farmaceutica
- 16) Gomma e plastica
- 17) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo, ecc.
- 18) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto (produzione e riparazione)
- 19) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 20) Energia, acqua, gas e vapore
- 21) Gestione dei rifiuti
- 22) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 23) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali, ecc.)

Categoria artigianato:

- 24) Alimentare
- 25) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 26) Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 27) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 28) Cartiere e attività cartotecniche
- 29) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 30) Chimica e farmaceutica
- 31) Gomma e plastica
- 32) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo, ecc.
- 33) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto

NOTA 4 - TIPOLOGIA DEL MEDICO: Indicare la tipologia del medico

- | | |
|---|---|
| 1) Medico di famiglia | 8) Medico Enti Previdenziali: Inps |
| 2) Medico Competente | 9) Medico Militare |
| 3) Medico Ospedaliero | 10) Medico Ministero dell'Interno (es. Polizia, ecc.) |
| 4) Medico Specialista Ambulatoriale Asl/Azienda Ospedaliera | 11) Medico del Patronato |
| 5) Medico Dipartimento Prevenzione Asl | 12) Libero Professionista |
| 6) Medico Istituto Universitario | 13) Altro |
| 7) Medico Enti Previdenziali: Inail | |

NOTA 5 - REGISTRO NAZIONALE DELLE MALATTIE

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.

- 34) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 35) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 36) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali, ecc.)

Categoria Servizi:

- 37) Commercio all'ingrosso e al dettaglio (compresi i veicoli e la loro riparazione)
- 38) Trasporto marittimo e in acque interne di passeggeri
- 39) Trasporto marittimo e in acque interne di merci
- 40) Trasporto terrestre di passeggeri
- 41) Trasporto terrestre di merci
- 42) Trasporto aereo di passeggeri
- 43) Trasporto aereo di merci
- 44) Magazzinaggio e supporto al trasporto
- 45) Servizi postali e attività di corriere
- 46) Alloggi e ristorazioni
- 47) Editoria. Produzione cinematografica e televisiva. Studi di registrazione e riproduzione
- 48) Telecomunicazioni fisse, mobili e satellitari
- 49) Produzione di software e consulenza informatica
- 50) Attività finanziarie, assicurative e mobiliari
- 51) Attività immobiliari
- 52) Attività professionali (ricerca, sviluppo, consulenza, studi professionali, pubblicità, ecc.)
- 53) Attività di noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese (servizi di: vigilanza, pulizie, ricerca e gestione di personale, ecc.)
- 54) Istruzione
- 55) Sanità e assistenza sociale
- 56) Personale domestico (colf e assistenti familiari)
- 57) Attività artistiche, sportive di intrattenimento e divertimento
- 58) Altre attività riparazioni di computer e di beni personali e della casa, cura della persona (centri estetici, parrucchieri, ecc.), lavanderia e pulitura, ecc.

Categoria Pubblica Amministrazione:

- 59) Amministrazione centrale dello Stato (ministeri, forze armate, ecc., per il personale scolastico far riferimento a Servizi/Istruzione)
- 60) Istituti e organismi territoriali
- 61) Istituti di ricerca
- 62) Parastato