

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.)

 Alla sede Inail _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data di decesso (GG/MM/AAAA) _____

 Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

 Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono cellulare _____

Indirizzo Email _____ Indirizzo Pec _____

 Lavoratore marittimo (2) Sì No Parente del datore di lavoro Sì No Persone a carico Sì No Tutela Inps in caso di malattia comune Sì No

Matricola _____ Compartimento _____

 Categoria marittimo (3) _____

Tipologia di lavoratore (4) _____ Tipologia di contratto (5) _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____ CRL _____

CCNL - Codice CNEL (6) _____ CCNL - Titolo CNEL (7) _____

 CCNL - Settore lavorativo CNEL (8) _____

 CCNL - Firmatari datoriali _____

 CCNL - Firmatari sindacali _____

 Qualifica assicurativa (9) _____

 Qualifica professionale personale marittimo UNIMARE (10) _____

 Voce professionale Istat (11) _____

Codice fiscale		Cognome e nome o ragione sociale			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Codice ditta	Posizione assicurativa navigazione	Tipo certificato			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Indirizzo della sede legale					
<input type="text"/>					
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	Asl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso internazionale	Telefono	Indirizzo Email		Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Nome nave					
<input type="text"/>					
Bandiera	Numero certificato	Porto di iscrizione			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo di registro	Numero di registro				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Categoria di naviglio	Servizio a cui è abilitata				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Periodo di armamento/classificativo	Dal (GG/MM/AAAA)	Al (GG/MM/AAAA)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

INDIRIZZO PER L'INVIO DELLA CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)					
<input type="text"/>					
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo Email			Indirizzo Pec		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE

- L'INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA È ANTICIPATA AL LAVORATORE DAL DATORE DI LAVORO CON LE MODALITÀ PREVISTE DALL'ARTICOLO 70 D.P.R. 1124/1965. IL RIMBORSO AVVERRÀ CON ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE (O ALTRO STRUMENTO ELETTRONICO DI PAGAMENTO) IDENTIFICATO DAL SEGUENTE CODICE IBAN:**

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato Data di rilascio del certificato medico (GG/MM/AAAA)

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore (GG/MM/AAAA)

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia (GG/MM/AAAA)

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

Periodo di esposizione

dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA)

al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA)

Ultimo giorno di esposizione (GG/MM/AAAA)

Era adibito direttamente alla lavorazione Sì No

In quale ambiente lavorava? Aperto Chiuso Areato Insonorizzato Galleria

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

Periodo di esposizione

dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA)

al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA)

Ultimo giorno di esposizione (GG/MM/AAAA)

Era adibito direttamente alla lavorazione Sì No

In quale ambiente lavorava? Aperto Chiuso Areato Insonorizzato Galleria

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? Sì No

Se sì, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? Sì No

Se sì, quali?

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato Data di rilascio del certificato medico (GG/MM/AAAA)

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore (GG/MM/AAAA)

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia (GG/MM/AAAA)

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA SILICOSI/ASBESTOSI

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia (vedi tabella allegata)

Periodo di esposizione

dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA) dal (GG/MM/AAAA)

al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA)

MANSIONI	NATURA ROCCIA	SILICE LIBERA		AMIANTO		NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI
		SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ultimo giorno di esposizione (GG/MM/AAAA)

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto al rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

L'ambiente di lavoro era polveroso? Si No

I materiali trattati e impiegati erano umidi? Si No

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? Si No

Se sì, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? Si No

Se sì, quali?

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE COMPUTATA SU BASE:
 Mensile/mensilizzata Convenzionale

Data imbarco (GG/MM/AAAA)

Data sbarco (GG/MM/AAAA)

CRL

Comandata

ELEMENTI FISSI (PAGA BASE CONGLOBATA+SCATTI ANZIANITA'+INTEGRAZIONE AZIENDALE FISSA, ECC.) (Vedi nota 1)

Importo

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 30 GG. PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO (da utilizzare in caso di cambio di qualifica o rinnovo contrattuale ecc.)

Importo

Data variazione dal (GG/MM/AAAA)

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 30 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELLO SBARCO (in caso di imbarco inferiore al mese indicare i valori effettivamente corrisposti per il minor periodo):Indennità di navigazione e
cisterna esposta al 50%
(d.lgs. 314/97)Importo altri elementi retributivi
connessi ad attività lavorative svolte
nel periodo di riferimento
(vedi nota 2)Importo elementi retributivi individuali
(assegni ad personam e bonus)
(vedi nota 3)

Compenso festività nazionali

n. giorni

Importo riposi compensativi
e rateo ferie non usufruite

n. giorni

Importo lavoro straordinario

n. ore

Tredicesima mensilità

Importo rateo

Altre mensilità aggiuntive

Importo rateo

LA RETRIBUZIONE GIORNALIERA BASE PER IL CALCOLO DELLA
INDENNITA' TEMPORANEA RISULTA ESSERE:

(1) gli elementi fissi della retribuzione vanno rapportati al mese nel caso in cui l'assistito abbia lavorato per un periodo inferiore ai 30 giorni.

(2) nel campo va indicato l'importo totale delle eventuali ulteriori voci variabili effettivamente maturate e corrisposte nel periodo di riferimento che costituiscono base imponibile per il computo dei contributi (es: indennità di rappresentanza per comandanti e direttori di macchina a 3000 tsl; la parte eccedente la quota esente della panatica per i marittimi a terra; ecc). Sono tassativamente escluse le voci individuate dall'art. 6 del d.p. r. 314/97.

(3) salvo diverse indicazione del contratto individuale/lettera d'imbarco gli elementi retributivi individuali riferiti all'intero periodo di imbarco devono essere suddivisi per il periodo d'imbarco stesso e presi in considerazione per la frazione maturata nei trenta giorni precedenti lo sbarco.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato del datore di lavoro Comandante/Padrone marittimo Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)				
<input type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DICHIARA

- di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di comandante/datore di lavoro dell'infortunato o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di comandante/datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

(GG/MM/AAAA)

Data

Timbro e firma

ALLEGATO**TABELLA LAVORAZIONI PER LE QUALI È PREVISTA L'ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI
(allegato n. 8 al t.u., emanato con d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.)****"Silicosi"**

- a) Lavori nelle miniere e cave in sotterraneo e lavori in sotterraneo in genere, lavori nelle miniere e cave a cielo aperto e lavori di scavo a cielo aperto, in presenza di roccia contenente silice libera.
- b) Lavori di frantumazione, macinazione, manipolazione di rocce, materiali ed abrasivi contenenti silice libera o che comunque espongono alla circolazione di polvere di silice libera.
- c) Taglio, lavorazione, preparazione, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, adattamento in opera delle rocce e di altri materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera, taglio, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, eseguiti con impiego di materiali contenenti silice libera (escluse le operazioni di mola utensili, aventi carattere occasionale) o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- d) Produzione di mole e abrasivi in genere, di refrattari, di ceramiche, di cemento e del vetro limitatamente alle operazioni su materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- e) lavori nelle industrie siderurgiche, metallurgiche, meccaniche, nei quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- f) Produzione di laterizi, comprese le cave di argilla, ed altre lavorazioni nelle quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.

"Asbestosi"

Estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportino impiego ed applicazione di amianto o di materiali che lo contengano o che comunque espongono alla inalazione di polvere di amianto.