

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Primo

Continuativo

Definitivo

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	Nazione di nascita	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Sesso	<input type="text"/>
Comune di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
		Cod. Istat	<input type="text"/>

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Presso	<input type="text"/>		
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

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

Telefono abitazione	<input type="text"/>	Telefono cellulare	<input type="text"/>
Indirizzo email	<input type="text"/>	Indirizzo PEC	<input type="text"/>

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro	<input type="text"/>				
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>		
Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
		Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>
Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)	<input type="text"/>				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

Ora dell'evento (HH.MM)

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

Ora di abbandono (HH.MM)

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

DATI SANITARI

Data della visita
(GG/MM/AAAA)

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza
dell'evento (GG/MM/AAAA)

Riscontro
diagnostico

Autopsia
giudiziaria

DIAGNOSI

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

Ricovero ospedaliero

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ESAME OBIETTIVO**ESITI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE** Indicare quali**INVALIDITA' RICONOSCIUTE**Indicare quali**OSSERVAZIONI****DATI DEL MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	In qualità di	<input type="text"/>
Struttura di appartenenza	<input type="text"/>	Identificativo certificato	<input type="text"/>
Identificativo certificato utente	<input type="text"/>	Comune di rilascio	<input type="text"/>
		Provincia di rilascio	<input type="text"/>

Luogo
Data di rilascio (GG/MM/AAAA)
Timbro e firma del medico

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679) - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > [privacy](#)

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Primo

Continuativo

Definitivo

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	Nazione di nascita	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Sesso	Data di nascita (GG/MM/AAAA)
Comune di nascita	<input type="text"/>	Provincia	Cod. Istat
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	CAP	Cod. Istat	ASL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	CAP	Cod. Istat	ASL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Presso	<input type="text"/>		
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	CAP	Cod. Istat	ASL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Telefono abitazione	<input type="text"/>	Telefono cellulare	<input type="text"/>
Indirizzo email	<input type="text"/>	Indirizzo PEC	<input type="text"/>

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro	<input type="text"/>				
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>		
Comune	Provincia	CAP	Cod. Istat	ASL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)	<input type="text"/>				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

Ora dell'evento (HH.MM)

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

Ora di abbandono (HH.MM)

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

DATI SANITARI

Data della visita
(GG/MM/AAAA)

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza
dell'evento (GG/MM/AAAA)

Riscontro
diagnostico

Autopsia
giudiziaria

DIAGNOSI

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

Ricovero ospedaliero

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ESAME OBIETTIVO**ESITI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE** Indicare quali**INVALIDITA' RICONOSCIUTE**Indicare quali**OSSERVAZIONI****DATI DEL MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	In qualità di	<input type="text"/>
Struttura di appartenenza	<input type="text"/>	Identificativo certificato	<input type="text"/>
Identificativo certificato utente	<input type="text"/>	Comune di rilascio	<input type="text"/>
		Provincia di rilascio	<input type="text"/>

Luogo	<input type="text"/>	Data di rilascio (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/>
--------------	----------------------	--------------------------------------	----------------------

Timbro e firma del medico

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679) - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > [privacy](#)

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Primo

Continuativo

Definitivo

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	Nazione di nascita	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Sesso	<input type="text"/>
Comune di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
		Cod. Istat	<input type="text"/>

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>
Presso	<input type="text"/>		
Nazione	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>

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

Telefono abitazione	<input type="text"/>	Telefono cellulare	<input type="text"/>
Indirizzo email	<input type="text"/>	Indirizzo PEC	<input type="text"/>

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro	<input type="text"/>				
Indirizzo (Via, piazza, ecc.)	<input type="text"/>	N. civico	<input type="text"/>		
Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
		Cod. Istat	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>
Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)	<input type="text"/>				

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

Ora dell'evento (HH.MM)

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

Ora di abbandono (HH.MM)

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

DATI SANITARI

Data della visita
(GG/MM/AAAA)

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza
dell'evento

DIAGNOSI

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal

fino a tutto il

Luogo

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

Timbro e firma del medico

Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679) - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info: www.inail.it > [privacy](#)