

**CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO**

Primo

Continuativo

Definitivo

**ANAGRAFICA LAVORATORE**

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

**DATI RESIDENZA**

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

**DATI DOMICILIO**

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

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

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

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

**RAPPORTO DI LAVORO**

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

## DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data di manifestazione della malattia infettiva (GG/MM/AAAA)

### LUOGO DELL'EVENTO

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

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

### 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**

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

<b>Luogo</b>	<input type="text"/>	<b>Data di rilascio (GG/MM/AAAA)</b>	<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](http://www.inail.it) > [privacy](#)

**CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO**

Primo

Continuativo

Definitivo

**ANAGRAFICA LAVORATORE**

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

**DATI RESIDENZA**

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

**DATI DOMICILIO**

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

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

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

**RAPPORTO DI LAVORO**

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

## DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data di manifestazione della malattia infettiva (GG/MM/AAAA)

### LUOGO DELL'EVENTO

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

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

### 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**

<b>Cognome</b>	<input type="text"/>	<b>Nome</b>	<input type="text"/>
<b>Codice fiscale</b>	<input type="text"/>	<b>In qualità di</b>	<input type="text"/>
<b>Struttura di appartenenza</b>	<input type="text"/>	<b>Identificativo certificato</b>	<input type="text"/>
<b>Identificativo certificato utente</b>	<input type="text"/>	<b>Comune di rilascio</b>	<input type="text"/>
		<b>Provincia di rilascio</b>	<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](http://www.inail.it) > [privacy](#)

**CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO**

Primo

Continuativo

Definitivo

**ANAGRAFICA LAVORATORE**

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

**DATI RESIDENZA**

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

**DATI DOMICILIO**

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

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

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

**RAPPORTO DI LAVORO**

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

## DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data di manifestazione della malattia infettiva (GG/MM/AAAA)

### LUOGO DELL'EVENTO

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

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

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](http://www.inail.it) > [privacy](#)