

## DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE/SILICOSI ASBESTOSI

(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 \_\_\_\_\_

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

Tipologia di lavoratore (3) \_\_\_\_\_ Tipologia di contratto (4) \_\_\_\_\_

Tipologia di part-time:  Orizzontale      Percentuale di part-time \_\_\_\_\_  
 Verticale      Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento  
 Misto      Dalle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Dalle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Alle ore \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Data assunzione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) \_\_\_\_\_ CCNL - Categoria CNEL (6) \_\_\_\_\_

Qualifica assicurativa (7) \_\_\_\_\_

Voce professionale Istat (8) \_\_\_\_\_

**INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Codice ditta	Posizione assicurativa territoriale	Settore attività (9)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo polizza (10)	Voce di tariffa (11)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

 **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**

Codice fiscale amministrazione statale	Amministrazione statale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Codice fiscale struttura	Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore	Codice Inail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

 **AGRICOLTURA**

Codice fiscale	Cognome e nome o ragione sociale	Matricola Inps/codice CIDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipologia datore di lavoro (12)	Data inizio attività (GG/MM/AAAA)	Data fine attività (GG/MM/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**

Cognome	Nome	Codice fiscale	Codice Inps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza ecc, ... numero civico)

<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"/>	

**UNITA' PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore

<input type="text"/>
----------------------

**INDIRIZZO DELL'UNITA' PRODUTTIVA O DELLA STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

<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"/>	

**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"/>		

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore

<input type="text"/>
----------------------

Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)

Attività agricola (14)
<input type="text"/>

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:**

- vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)
- accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di 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 (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:**

Oraria  Ore settimanali  Giornaliera  Mensile/mensilizzata  Convenzionale  Convenzionale artigiana  Voucher  ,  Importo

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**  
Retribuzione oraria/mensile pari a  GG/MM/AAAA dal

**ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**  
Importo lavoro straordinario  ,  Importo festività cadenti di domenica  ,  Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio  ,   
Importo diaria - trasferta  ,  Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc.  ,  Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati  ,

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**  
Tredicesima mensilità  in %  ,  oppure Importo  ,  Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie  in %  ,  oppure  giorni  
Premio di produzione  in %  ,  oppure Importo  ,  oppure  in %  ,   
Altre mensilità aggiuntive  in %  ,  oppure Importo  ,  Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc.  in %  ,

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria:  ,  Importo

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**  
Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria  ,   
Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria  ,

2) Generalità e recapito  Durata normale della settimana di lavoro:  N. ore Retribuzione convenzionale oraria  ,

**DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione:  Lavoro flessibile  Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno  N. ore

Retribuzione annua tabellare (15) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria  Importo  ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (16) al lavoratore in forza di legge o per contratto  N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (17) da retribuire al lavoratore per contratto  N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (18)  N. ore

Lavoro straordinario (19) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento  Importo  ,

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**  
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

**IL SOTTOSCRITTO**

Datore di lavoro       Delegato/incaricato del datore di lavoro       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 di malattia professionale/silicosi asbestosi ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. in qualità di datore di lavoro 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. e del regolamento UE 2016/679), 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 datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia 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 di malattia professionale/silicosi asbestosi 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.