

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) Concerie 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) Concerie 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