

ACCORDO INAIL E RAPPRESENTANZE SINDACALI DI CATEGORIA (FIMMG, SIMET E SMI-EX CUMI): DISCIPLINA DEI RAPPORTI NORMATIVI ED ECONOMICI CON I MEDICI DI FAMIGLIA CHE REDIGONO LA CERTIFICAZIONE A FAVORE DEGLI ASSICURATI INAIL.

Premesso che:

- Il comma 1 dell'art 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67, stabilisce che "l'INAIL, in deroga al disposto dell'art 14, comma 3, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n.833, provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici";
- l'INAIL, in attuazione di tale disposto legislativo, ha definito la disciplina relativa alla certificazione di competenza, secondo criteri idonei a garantire l'espletamento dei suoi compiti istituzionali in conformità a quelli delineati nella legge del 9 marzo 1989, n. 88 e alle norme di attuazione della legge del 7 agosto 1990, n. 241 per quanto concerne in particolare la qualità e tempestività delle prestazioni e dei servizi a favore dei lavoratori infortunati e tecnopatici;
- in tale ambito l'INAIL ha predisposto una specifica modulistica per le certificazioni redatte dai medici esterni (cfr. all.ti A e B);
- le predette certificazioni configurano una forma di fattiva collaborazione con l'Istituto nella gestione del caso di infortunio, in quanto non sono una semplice attestazione dell'inabilità temporanea al lavoro, ma contengono informazioni utili, così come previsto dall'art. 53 del T.U., per l'istruttoria medico-legale che sarà svolta successivamente dai medici dell'Istituto. Si fa riferimento ai dati anamnestici lavorativi e patologici, nonché alle menomazioni lavorative ed extra-lavorative preesistenti e ad ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso;
- sempre nell'ottica della qualità e tempestività delle prestazioni e servizi a favore degli assicurati, le parti firmatarie del presente Accordo riconoscono il valore aggiunto professionale dell'utilizzo delle procedure informatiche, e si impegnano a mettere in atto tutte le iniziative per la piena informatizzazione delle attività di certificazione. Dette iniziative daranno risalto, sotto il profilo professionale, alla raccolta dei dati anamnestici lavorativi e patologici (cfr.all.C);



- insieme all'informatizzazione, le parti intendono approfondire, congiuntamente, gli aspetti sanitari collegati ai rischi lavorativi, al fine di rendere un fattivo contributo all'emersione delle patologie lavoro-correlate e a tutte le rilevazioni statistico-epidemiologiche che una reale collaborazione possa consentire, con particolare riguardo all'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate di cui al comma 5 dell'art.10 del D.lgs. n.38/2000;
- l'INAIL potrà in essere un'attività formativa atta a favorire la migliore efficacia del presente Accordo;
- le parti si impegnano a garantire che la gestione ed il trattamento dei dati sensibili sia effettuata nel pieno rispetto delle disposizioni di cui alla legge n.196/2003 in materia di privacy.

L'INAIL, nella persona del suo Presidente e legale rappresentante, domiciliato per la carica in Roma, via IV Novembre n. 144

e

Le Rappresentanze sindacali di categoria FIMMG, SIMET, SMI (ex CUMI)

concordano quanto segue:

Art 1. Campo di applicazione.

Il presente Accordo regola i rapporti tra l'INAIL e i medici di famiglia inerenti la compilazione e trasmissione dei certificati, che i medici stessi redigono a favore dei lavoratori infortunati e tecnopatici, nonché i compensi previsti per dette attività.

Art. 2. Compiti del medico.

Il medico si impegna a redigere la certificazione (modelli A e B) riportando le informazioni previste dall'art. 53 del T.U. 1124 del 30 giugno 1965, nonché tutti gli altri dati presenti nella nuova modulistica.

Si impegna, altresì, a trasmetterla all'INAIL entro il primo giorno di attività ambulatoriale successivo alla visita, pena la non corresponsione degli emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4. Ai fini di cui sopra, l'Istituto richiederà al medico l'articolazione dell'orario relativo all'espletamento della propria attività lavorativa ambulatoriale.





La certificazione, redatta sulla base del modello di cui agli allegati A e B, deve essere completa in ogni sua parte, pena la non corresponsione dei predetti emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4.

Detti modelli potranno essere suscettibili di modifica in relazione a nuove disposizioni di legge o a intervenuti regolamenti in materia di privacy.

La trasmissione dovrà avvenire:

a) per via informatica

In tal caso il medico dovrà attenersi alle specifiche tecniche e alle modalità procedurali definite dall'INAIL medesimo, nel rispetto delle disposizioni del D. lgs. n.82 del 7 marzo 2005 "Codice dell'Amministrazione digitale" e successive modifiche ed integrazioni. In particolare, dovrà richiedere all'INAIL l'autenticazione per l'accesso alla funzione di invio telematico delle certificazioni.

Il medico si impegna, inoltre, a consegnare copia cartacea per l'infortunato e per il datore di lavoro, ottenuta a mezzo stampa, nonché a conservare, per un massimo di tre anni dalla data di compilazione, un'ulteriore copia, debitamente sottoscritta da parte dell'interessato per essere esibita a richiesta dell'INAIL o di altro Ente o Organismo.

b) con altra modalità (es: fax o buste preaffrancate)

Nelle more dell'informatizzazione, la certificazione avverrà sulla versione cartacea dei predetti modelli A e B predisposti dall'INAIL.

L'INAIL si impegna a fornire al medico i modelli cartacei e le buste preaffrancate sulla base di apposita richiesta.

In mancanza dei predetti modelli il medico potrà redigere eccezionalmente il certificato su copia a stampa, che potrà essere scaricata dal sito www.inail.it (Assicurazione, Modulistica - donlowd dei modelli, "Certificazione medica"), completandolo, comunque, in ogni sua parte e inoltrandolo all'INAIL.

Anche nel caso in cui il medico rediga il certificato su supporto cartaceo provvederà a consegnare copia per l'infortunato e per il datore di lavoro.

Art. 3. Compensi.

Il compenso stabilito per la redazione di ciascun certificato al medico di medicina generale titolare del caso, anche quando la certificazione sia redatta dal proprio sostituto e/o associato, è pari a euro 27,50 e viene corrisposto per un massimo di tre certificati.

L'eventuale riammissione in temporanea per lo stesso caso non dà luogo ad ulteriori compensi.

L'INAIL provvede alla liquidazione dei compensi trimestralmente, sulla base delle distinte presentate dal medico stesso e secondo le modalità dallo stesso indicate.

È fatto divieto al medico di percepire direttamente dall'assicurato compensi, a qualsiasi titolo, per le certificazioni di cui al presente Accordo, alla luce dell'art.57, ultimo comma, della legge n.833/1978.



Art. 4. Compenso professionale per la trattazione informatica del caso.

Costituisce maggior apporto professionale la compilazione e l'invio della certificazione mediante mezzo informatico.

Tale utilizzo prevede l'inserimento dei dati negli specifici campi - stabiliti nel modello informatico conforme agli allegati A e B - attinenti, tra l'altro, l'anamnesi lavorativa e patologica del soggetto, nonché le menomazioni lavorative ed extra lavorative preesistenti ed ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso.

Analogamente deve essere considerato apporto professionale quello connesso con la trattazione informatica del caso, comprensiva della eventuale trascrizione e invio telematico dei contenuti delle certificazioni redatte da altri medici (ancorché non convenzionati) con conseguente integrazione e valutazione dei contenuti del modello cartaceo.

Per la trattazione informatica del caso (cfr. Nota tecnica, All. C), secondo i criteri riportati nell'art.2, è previsto un aumento del compenso pari a 5 euro per ogni certificazione trasmessa all'INAIL in via telematica, sempre nel limite massimo di tre certificati.

Art. 5. Obblighi contributivi e ritenute.

L'INAIL, sui compensi liquidati, provvede a versare all'ENPAM il contributo previdenziale, comprensivo della quota a carico del medico, calcolato nella misura prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente al momento del pagamento.

I compensi, inoltre, sono soggetti alla ritenuta di acconto dell'imposta sul reddito (IRE), mentre sono esenti da IVA ai sensi della circolare n.4 del 28 gennaio 2005 dell'Agenzia delle Entrate e secondo quanto previsto nella Risoluzione n. 36/E del 13 marzo 2006 dell'Agenzia stessa.

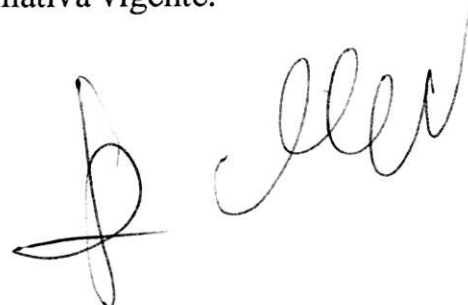
Art. 6. Avvio dell'infortunato all'INAIL.

Il medico, sempre nell'ottica di agevolare la tempestiva "presa in carico" dell'assicurato da parte dell'INAIL, avvierà quanto prima l'assicurato stesso alle Strutture INAIL per gli ulteriori accertamenti medico-legali e per la relativa certificazione.

Eventuali certificazioni rilasciate da medici di famiglia successivamente alla convocazione dell'assicurato da parte dell'INAIL non daranno luogo alla corresponsione di alcun compenso.

Art. 7. Formazione.

Le parti si impegnano a promuovere opportune iniziative scientifiche e di formazione dei medici in merito alla piena conoscenza della legislazione in materia, anche ai fini della corretta aderenza della certificazione alla normativa vigente.



Art. 8. Denunce segnalazioni ai sensi dell'art. 139 del T.U. (DPR n. 1124/65).

In attesa della semplificazione del flusso di trasmissione delle denunce/segnalazioni di cui al combinato disposto dell'art.139 del T.U., DPR n.1124/65, e dell'art.10 del D. lgs. n.38/2000, ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate, istituito presso l'Istituto ai sensi del comma 5 del citato art.10 i medici di famiglia si impegnano a trasmettere copia di dette denunce/segnalazioni alle competenti Sedi dell'INAIL.

L'INAIL si impegna, altresì, a realizzare idonei strumenti informatici al fine di agevolare sia la compilazione che la trasmissione all'INAIL delle copie di dette denunce/segnalazioni.

Art. 9. Durata dell'accordo.

Il presente Accordo ha durata biennale con decorrenza dalla sottoscrizione e mantiene i suoi effetti fino al rinnovo, che dovrà intervenire entro sei mesi dalla sua scadenza.

Art. 10. Mancato rinnovo.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza, in caso di mancato rinnovo del presente Accordo tra le parti ed in presenza di formale denuncia dello stesso, i medici aderenti alle relative Rappresentanze sindacali di categoria possono erogare le prestazioni che costituiscono oggetto dell'Accordo stesso in regime di libera professione.

Norma finale.

Le parti, nel ribadire che la trattazione telematica della certificazione è a grande valore aggiunto sotto il profilo professionale e istituzionale, confermano il reciproco impegno a favorire il rapido pieno sviluppo di tale attività informatica da parte dei medici. A tal fine l'Istituto e le parti sindacali si impegnano a realizzare il periodico monitoraggio della trasmissione telematica, al fine di individuare elementi di interesse comune che rappresentino necessari correttivi all'Accordo.

Trascorsi dodici mesi dalla stipula dell'Accordo le parti procedono alla prima verifica in tal senso.

Roma, **26 SET. 2007**

FIMMG

SIMET

SMI (ex CUMI)

Per l'INAIL
IL PRESIDENTE



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
NUMERO (identifica il modulo)	Mod. 1 SS
DESCRIZIONE	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio da inviare all'INAIL e al datore di lavoro. È composto di due pagine.</p> <p>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia A per l'assicurato; - Copia B per l'INAIL; - Copia C per il datore di lavoro. <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato; • prognosi sottoscritta dal medico certificatore. <p>La pag. 2 è predisposta in due copie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia A per l'assicurato; - Copia B per l'INAIL; <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".
A COSA SERVE	a certificare lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.
QUANDO SI USA?	quando un medico rileva uno stato di inabilità temporanea al lavoro, o la cessazione dello stesso, derivato da lesioni riportate a seguito di un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo.
NOTE	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO
 CONTINUATIVO
 DEFINITIVO
 RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome								Nome								Sesso M/F				
Nato a (Comune)																Prov.	GG	MM	AAAA	Nazionalità
Residente a (Comune)																Prov.	CAP			
Indirizzo (via, piazza, ecc.)																N. civico				
Codice ISTAT				Codice ASL				Codice Fiscale												
				GG				MM				AAAA				in (Comune o Stato Estero)				
L'EVENTO È AVVENUTO IL																				

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

Comune

N. civico

Settore Lavorativo
 Agricoltura
 Industria
 Artigianato
 Pubblica Amministrazione
 Servizi o Terziario
 Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infornio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato

PROGNOESI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico

ASSICURATO:

COGNOME

NOME

SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO

DIAGNOSI

ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

PRESCRIZIONI

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita

Ricovero ospedaliero presso Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precede

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO

Quali

Invalido civile Pensionato INPS Altro

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Livello

GG

MM

AAAA

Data di rilascio

Codice Medico o del Presidio Sanitario

Timbro e Firma del Medico

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORAN

Cognome Nome Set

Nato a (Comune) Provv. GG MM AAAA Nazional

Residente a (Comune) Provv. CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG MM AAAA in (Comune o Stato Estero)

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG MM AAAA alle ore ,

Data GG MM AAAA

Firma dell'assicurato 

PROGNOSTI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG MM AAAA fino a tutto il GG MM AAAA

Luogo Data di rilascio GG MM AAAA

Timbro e Firma del Medico 

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE	Certificazione Medica di Malattia Professionale
NUMERO (identifica il modulo)	Mod. 5 SS
DESCRIZIONE	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di malattia professionale da inviare all'INAIL e al datore di lavoro. Il certificato è composto di due pagine.</p> <p>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia A per l'INAIL; - Copia B per l'Assicurato; - Copia C per il datore di lavoro. <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa, richiesta di accesso alle prestazioni economiche e sanitarie sottoscritti dall'assicurato; • prognosi sottoscritta dal medico certificatore. <p>La pag. 2 è predisposta in due copie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia A per l'INAIL; - Copia B per l'Assicurato; <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".
A COSA SERVE	a certificare la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.
QUANDO SI USA?	quando un medico rileva una malattia associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale.
NOTE	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F

Nato a (Comune) _____ Provv. GG MM AAAA Nazionalità _____

Residente a (Comune) _____ Provv. CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal GG MM AAAA _____

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____

Comune _____ Provv. _____

Assicurato: Dipendente Autonomo

Settore Lavorativo: Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione) _____

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia _____

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? GG MM AAAA _____

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame GG MM AAAA _____

Data GG MM AAAA _____ Firma dell'assicurato _____

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato _____

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

dal giorno GG MM AAAA _____ fino a tutto il GG MM AAAA _____

Luogo _____ Data di rilascio GG MM AAAA _____

[Handwritten signatures and stamps]

Timbro e Firma del Medico _____

Copia A - per l'INAIL - TIP. INAIL - 3/2007

PAGINA 1

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO
 CONTINUATIVO
 DEFINITIVO
 RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome

Nome Sesso M/F

Nato a (Comune) Prov. GG MM AAAA Nazionalità

Residente a (Comune) Prov. CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov.

Assicurato: Dipendente Autonomo
 Settore Lavorativo: Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? GG / MM / AAAA

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

Data GG / MM / AAAA Firma dell'assicurato



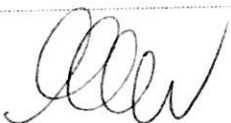
Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo Data di rilascio GG / MM / AAAA



 Timbro e Firma del Medico
 

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome, Nome, Sesso M/F, Nato a (Comune), Prov., GG, MM, AAAA, Nazionalità, Residente a (Comune), Prov., CAP, Indirizzo (via, piazza, ecc.), N. civico, Codice ISTAT, Codice ASL, Codice Fiscale

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal GG MM AAAA

Cognome e nome o ragione sociale, Indirizzo (via, piazza, ecc.), N. civico, Comune, Prov.

Assicurato: Dipendente Autonomo
Settore Lavorativo: Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Table with 6 columns: dal, al, Datore di lavoro, Comune, Settore Lavorativo, Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? GG MM AAAA

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame GG MM AAAA

Data GG MM AAAA

Firma dell'assicurato

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

dal giorno GG MM AAAA fino a tutto il GG MM AAAA

Luogo Data di rilascio GG MM AAAA

Timbro e Firma del Medico

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

ALLEGATO C

Accordo INAIL e rappresentanze sindacali di categoria (FIMMG, SIMET e SMI-EX CUMI): disciplina dei rapporti normativi ed economici con i medici di famiglia che redigono la certificazione a favore degli assicurati INAIL

Le modalità tecniche di trasmissione telematica delle certificazioni attualmente previste sono:

- 1) Modalità ON LINE, mediante collegamento diretto al sito dell'Istituto e con compilazione interattiva delle mappe previste dalla apposita procedura.
- 2) Modalità OFF LINE, mediante compilazione delle mappe interattive, con invio differito al medesimo sito INAIL, scaricando preventivamente sulla propria postazione di lavoro il programma – fornito dall'INAIL – per la compilazione dei moduli dei certificati.
- 3) Modalità OFF LINE da tracciato, appositamente generato dal programma proprio del medico sulla base delle specifiche fornite dall'Istituto in coerenza con i modelli cartacei A e B, ed inviato con modalità differita al sito INAIL.

