

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.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

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'infortunio _____

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

Data _____ GG _____ / _____ MM _____ / _____ AAAA _____ Firma dell'assicurato

PROGNOSI: 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

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.) N. civico /

Comune

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'infortunio

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

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato

PROGNOSI: 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 SÌ NO Prognosi riservata Pericolo di vita

Ricovero ospedaliero presso Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

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

Quali

Invalido civile Pensionato INPS Altro

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di rilascio GG MM AAAA
GG MM AAAA / /

Codice Medico o del Presidio Sanitario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Timbro e Firma del Medico

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.) N. civico /

Comune

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'infortunio

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

Data GG / MM / AAAA Firma dell'assicurato

PROGNOSI: 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 Infortunio Lavorativo
NUMERO (identifica il modulo)	Mod. 1 SS
DESCRIZIONE	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.</p> <p>I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'INAIL corredato da apposita denuncia.</p> <p>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, 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'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 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.