

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO
  CONTINUATIVO
  DEFINITIVO
  RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome

Nome  Sesso M/F

Nato a (Comune)  Prov.  GG  /  MM  /  AAAA  Nazionalità

Domiciliato in (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 .....

#### DIAGNOSI

#### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

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

È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009

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			
Domiciliato in (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														GG		MM		AAAA			

**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 .....

**DIAGNOSI****PROGNOSI:** inabilità temporanea assoluta al lavoro

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

 **È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009**

Luogo GG / MM / AAAA Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico .....

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

<b>DENOMINAZIONE</b>	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
<b>NUMERO (identifica il modulo)</b>	Mod. 1 SS
<b>DESCRIZIONE</b>	<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><b>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'assicurato;</li><li>- Copia C per il datore di lavoro.</li></ul> <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato;</li><li>• diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore.</li></ul> <p><b>La pag. 2 è predisposta in due copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'assicurato;</li></ul> <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".</li></ul>
<b>A COSA SERVE</b>	a certificare lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.
<b>QUANDO SI USA?</b>	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.
<b>NOTE</b>	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.