

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO
 CONTINUATIVO
 DEFINITIVO
 RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

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

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'incidento

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

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

--	--	--	--

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
 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

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 precedenti

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

Luogo

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

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Codice Medico o del Presidio Sanitario

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

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;• diagnosi, prognosi sottoscritte 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.