

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome

Nome Sesso M/F

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

Residente a (Comune) Proov. 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

DIAGNOSI

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

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

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

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE CONGENITE O ACQUISITE RIFERITI O CONSTATATI, con particolare riferimento alla patologia in esame SI NO

Quali

- Invalido civile Pensionato INPS Altro

ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA MALATTIA IN ESAME

DIAGNOSI

PRESCRIZIONI

CURA ADOTTATA SI NO

Quale?

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita

Ricovero ospedaliero presso Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

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

Data di rilascio GG MM AAAA

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

Codice Medico o del Presidio Sanitario

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

Timbro e Firma del Medico

ASSICURATO:

COGNOME

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

NOME

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

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE CONGENITE O ACQUISITE RIFERITI O CONSTATATI, con particolare riferimento alla patologia in esame

SI NO

Quali

Invalido civile

Pensionato INPS

Altro

ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA MALATTIA IN ESAME

DIAGNOSI

PRESCRIZIONI

CURA ADOTTATA SI NO

Quale?

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita

Ricovero ospedaliero presso Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

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

Data di rilascio GG MM AAAA

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

Codice Medico o del Presidio Sanitario

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

Timbro e Firma del Medico

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

DIAGNOSI

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO

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

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.