



DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro

Comune (Abituale luogo di lavoro)

Prov.

Cap

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub - settore **(NOTA 3) Agricoltura, Industria, Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione**

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia

Dal

Al

Dipendente  Autonomo  Altro Specificare \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  Sì  No Se SÌ quale azienda? \_\_\_\_\_

Comune

Prov.

Cap

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome

Nome

Codice fiscale del Medico

In qualità di: **(NOTA 4)**

Codice INAIL del Medico o del Presidio Sanitario

Presidio Sanitario

Comune

Prov.

Cap

Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate **(NOTA 5)**

Luogo e Data di rilascio



Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Si No

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati ( con particolare riferimento alla patologia in esame)

 

Se Si quali?

Invalido civile Invalido INPS Altro

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

**ASSICURATO**

Terapia

Si presume invalidità permanente     Si     NO     Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso \_\_\_\_\_

Caso mortale                       Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e    Data di rilascio

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

**Datore di lavoro attuale/ultimo**

Dal

Al

Cognome e Nome o Ragione sociale azienda e Nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Assicurato:  Dipendente  Autonomo  Altro Specificare \_\_\_\_\_

Agricoltura, silvicoltura, e pesca

Industria

Artigianato

Servizi

Pubblica Amministrazione

Settore lavorativo






Sub - settore **(NOTA 3) Agricoltura, Industria, Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione**

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)

Dal

Al

Rischio: agente/lavorazione/esposizione \_\_\_\_\_

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Dal mese anno	Al mese anno	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub settore (3)	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale**

Luogo e      Luogo e data

--	--

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003. Ulteriori Info: [www.inail.it](http://www.inail.it) > [privacy](#)

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

**PRIMO**                       **CONTINUATIVO**                       **DEFINITIVO**                       **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

**ASSICURATO**

Cognome  Nome  Sesso  M  F

Nato a Comune  Prov.  Il GG/MM/AAAA  Nazionalità

Domiciliato a (Comune)  Prov.  Cap  Telefono

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

Codice ISTAT Comune domicilio    Cod. ASL domicilio    Cod. ASL Residenza    Codice fiscale

Attualmente in attività lavorativa     Si     No

**MALATTIA E ATTIVITA' AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione**

Malattia

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

Si    No                      Lista I    Lista II    Lista III    Codice identificativo D.M. 11.12.2009 e s.m.i.

   se SI in quale Lista?           

Data prima diagnosi     Eventuale data abbandono lavoro     Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?    Si    No    Dal     Fino a tutto il

  

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro

Comune (Abituale luogo di lavoro)

Prov.

Cap

Agricoltura, silvicoltura, e pesca

Industria

Artigianato

Servizi

Pubblica Amministrazione

Settore lavorativo






Sub - settore

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia

Dal

Al

Dipendente  Autonomo  Altro Specificare \_\_\_\_\_

Si

No

Se SI quale azienda?

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?




Comune

Prov.

Cap

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome

Nome

Codice fiscale del Medico

In qualità di: (NOTA 4)

Codice INAIL del Medico o del Presidio Sanitario

Presidio Sanitario

Comune

Prov.

Cap

Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate

Luogo e Data di rilascio



Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Si No

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati ( con particolare riferimento alla patologia in esame)

 

Se Si quali?

Invalido civile Invalido INPS Altro

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

**ASSICURATO**

Terapia

Si presume invalidità permanente    Si   NO    Prognosi riservata

     

Ricovero ospedaliero presso \_\_\_\_\_

Caso mortale                       Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e    Data di rilascio

--	--

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

**Datore di lavoro attuale/ultimo**

Dal

Al

Cognome e Nome o Ragione sociale azienda e Nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Assicurato:  Dipendente  Autonomo  Altro Specificare \_\_\_\_\_

Agricoltura, silvicoltura, e pesca

Industria

Artigianato

Servizi

Pubblica Amministrazione

Settore lavorativo






Sub-settore

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)

Dal

Al

Rischio: agente/lavorazione/esposizione \_\_\_\_\_

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Dal mese anno	Al mese anno	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub settore	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale**

Luogo e      Luogo e data



Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003. Ulteriori Info: [www.inail.it](http://www.inail.it) > [privacy](#)

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

**PRIMO**       **CONTINUATIVO**       **DEFINITIVO**       **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

**ASSICURATO**

Cognome  Nome  Sesso  M  F

Nato a Comune  Prov.  Il GG/MM/AAAA  Nazionalità

Domiciliato a (Comune)  Prov.  Cap  Telefono

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

Codice ISTAT Comune domicilio    Cod. ASL domicilio    Cod. ASL Residenza    Codice fiscale

Attualmente in attività lavorativa     Si     No

**MALATTIA E ATTIVITA' AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione**

Malattia

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

Si    No                                      Lista I    Lista II    Lista III    Codice identificativo D.M. 11.12.2009 e s.m.i.

   se SI in quale Lista?           

Data prima diagnosi     Eventuale data abbandono lavoro     Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?     Si     No    Dal     Fino a tutto il

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome

Nome

Codice fiscale del Medico

In qualità di: **(NOTA 4)**

Codice INAIL del Medico o del Presidio Sanitario

Presidio Sanitario

Comune

Prov.

Cap

Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate

Luogo e Data di rilascio



Timbro e firma del medico

---

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

**Datore di lavoro attuale/ultimo**

Dal

Al

Cognome e Nome o Ragione sociale azienda e Nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale ( via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

Cap

Assicurato:  Dipendente  Autonomo  Altro Specificare \_\_\_\_\_

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca  Industria  Servizi  Artigianato  Pubblica Amministrazione

Sub-settore

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)

Dal

Al

Rischio: agente/lavorazione/esposizione \_\_\_\_\_

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Dal mese anno	Al mese anno	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub settore	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale**

Luogo e      Luogo e data

--	--

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003. Ulteriori Info: [www.inail.it](http://www.inail.it) > [privacy](#)

## NOTE

**NOTA 1 - CODICE ASL :** Indicare il codice della ASL di residenza solo se la residenza è diversa dal domicilio

**NOTA 2 - EVENTUALE DATA ABBANDONO LAVORO :** In caso di lavoratori marittimi inserire la data dell'ultimo sbarco

**NOTA 3 - SUB SETTORE LAVORATIVO :** Indicare per esteso il sub settore relativo alla categoria di appartenenza

**Categoria Agricoltura, silvicoltura e pesca:**

- 1) Coltivazioni agricole non permanenti (cereali, ortaggi, fiori...)
- 2) Coltivazioni agricole permanenti (frutticoltura...)
- 3) Allevamento
- 4) Silvicoltura
- 5) Pesca e Acquacoltura
- 6) Servizi all'agricoltura (potatura, noleggio di macchinari con operatore, gestione di impianti di irrigazione...)

**Categoria Industria:**

- 7) Estrazione da cave e miniere (sabbia, marmo, petrolio ecc.)
- 8) Alimentare e del tabacco
- 9) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 10) Concerie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 11) Prime lavorazioni del legno (segagione, squadratura...)
- 12) Cartiere e attività cartotecniche
- 13) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 14) Raffinerie e stabilimenti petrolchimici
- 15) Chimica e farmaceutica
- 16) Gomma e plastica
- 17) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo ecc.
- 18) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto (produzione e riparazione)
- 19) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 20) Energia, acqua, gas e vapore
- 21) Gestione dei rifiuti
- 22) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 23) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali...)

**Categoria artigiano:**

- 24) Alimentare
- 25) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 26) Concerie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 27) Prime lavorazioni del legno (segagione, squadratura...)
- 28) Cartiere e attività cartotecniche
- 29) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 30) Chimica e farmaceutica
- 31) Gomma e plastica
- 32) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo ecc.
- 33) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto

- 34) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 35) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 36) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali...)

**Categoria Servizi:**

- 37) Commercio all'ingrosso e al dettaglio (compresi i veicoli e la loro riparazione)
- 38) Trasporto marittimo e in acque interne di passeggeri
- 39) Trasporto marittimo e in acque interne di merci
- 40) Trasporto terrestre di passeggeri
- 41) Trasporto terrestre di merci
- 42) Trasporto aereo di passeggeri
- 43) Trasporto aereo di merci
- 44) Magazzinaggio e supporto al trasporto
- 45) Servizi postali e attività di corriere
- 46) Alloggi e ristorazioni
- 47) Editoria. Produzione cinematografica e televisiva. Studi di registrazione e riproduzione
- 48) Telecomunicazioni fisse, mobili e satellitari
- 49) Produzione di software e consulenza informatica
- 50) Attività finanziarie, assicurative e mobiliari
- 51) Attività immobiliari
- 52) Attività professionali (ricerca, sviluppo, consulenza, studi professionali, pubblicità ..)
- 53) Attività di noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese (servizi di: vigilanza, pulizie, ricerca e gestione di personale...)
- 54) Istruzione
- 55) Sanità e assistenza sociale
- 56) Personale domestico (colf e assistenti familiari)
- 57) Attività artistiche, sportive di intrattenimento e divertimento
- 58) Altre attività riparazioni di computer e di beni personali e della casa, cura della persona (centri estetici, parrucchieri, ecc.), lavanderia e pulitura, ecc.

**Categoria Pubblica Amministrazione:**

- 59) Amministrazione centrale dello Stato (ministeri, forze armate, ecc., per il personale scolastico far riferimento a Servizi/Istruzione)
- 60) Istituti e organismi territoriali
- 61) Istituti di ricerca
- 62) Parastato

**NOTA 4 - TIPOLOGIA DEL MEDICO :** Indicare la tipologia del medico

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medico di famiglia</li> <li>2) Medico Competente</li> <li>3) Medico Ospedaliero</li> <li>4) Medico Specialista Ambulatoriale ASL/Azienda Ospedaliera</li> <li>5) Medico Dipartimento Prevenzione ASL</li> <li>6) Medico Istituto Universitario</li> <li>7) Medico Enti Previdenziali: INAIL</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Medico Enti Previdenziali: INPS</li> <li>9) Medico Militare</li> <li>10) Medico Ministero dell'Interno (es. Polizia ecc.)</li> <li>11) Medico del Patronato</li> <li>12) Libero Professionista</li> <li>13) Altro</li> </ol> |
|--|--|

**NOTA 5 - REGISTRO NAZIONALE DELLE MALATTIE**

Le informazioni contenute nel certificato alimentano il Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate di cui all'art.10 d.lgs. n. 38/2000. Rimane a carico del medico l'obbligo di invio della denuncia/segnalazione ai sensi dell'art.139 del t.u. (d.p.r. n.1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.