

## 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  /  /

### 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 .....

## 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 .....

## 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.