

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

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 Proov.

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

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome, Nome, Sesso M/F, Nato a (Comune), Prov., GG, MM, AAAA, Nazionalità, Residente a (Comune), Prov., 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)

Table with 6 columns: 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.