

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

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 _____

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 _____

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

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale									
<input type="text"/>									
Indirizzo (via, piazza, ecc.)								N. civico	
<input type="text"/>								<input type="text"/>	
Comune									
<input type="text"/>									

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

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

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale
<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza, ecc.)
<input type="text"/>
N. civico
<input type="text"/>
Comune
<input type="text"/>

- 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

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

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.