

# 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 \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_ in (Comune o Stato Estero) \_\_\_\_\_

*L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.*

## 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 \_\_\_\_\_ L'assicurato .....

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

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="checkbox"/>
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																							
Telefono				Cellulare				<input type="checkbox"/> Assenza Recapiti Telefonici																									
L'EVENTO È AVVENUTO IL															GG	MM	AAAA	in (Comune o Stato Estero)															

*L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.*

## 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	L'assicurato .....			

<b>DIAGNOSI</b>														

### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno															GG	MM	AAAA	fino a tutto il		GG	MM	AAAA

**Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)**

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 \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_ in (Comune o Stato Estero) \_\_\_\_\_

*L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.*

## 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 \_\_\_\_\_

L'assicurato .....

### DIAGNOSI

\_\_\_\_\_

### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il GG \_\_\_\_\_ / MM \_\_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

**Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)**

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'assicurato;</li><li>- Copia B per l'INAIL;</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'assicurato;</li><li>- Copia B per l'INAIL;</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.