

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

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

**ASSICURATO**

Cognome  Nome  Sesso  M  F

Nato a (Comune)  Prov.  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 (NOTA 1 vd pag. 9)  Codice fiscale  Attualmente in attività lavorativa  SI  NO

**MALATTIA E ATTIVITÀ 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 se SI in quale lista?  Lista I  Lista II  Lista III

Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG  / MM  / AAAA  Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG  / MM  / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG  / MM  / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?  SI  NO dal GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

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. 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

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) \_\_\_\_\_

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia  dal GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

Dipendente  Autonomo  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda? \_\_\_\_\_

Comune  Prov.  Cap

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome  Nome

Codice fiscale del medico  In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

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. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame)  SI  NO

Se SI quali?

Invalido civile  Invalido Inps  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

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 \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Cognome  Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)  dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 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 data di rilascio  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. 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.  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 (NOTA 1 vd pag. 9)  Codice fiscale  Attualmente in attività lavorativa  SI  NO

**MALATTIA E ATTIVITÀ 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 se SI in quale lista?  Lista I  Lista II  Lista III

Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG  / MM  / AAAA  Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG  / MM  / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG  / MM  / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI  NO  dal GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

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. 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

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) \_\_\_\_\_

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia  dal GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

Dipendente  Autonomo  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda? \_\_\_\_\_

Comune  Prov.  Cap

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome  Nome

Codice fiscale del medico  In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

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. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati ( con particolare riferimento alla patologia in esame)  SI  NO

Se SI quali?

Invalido civile  Invalido Inps  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

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 \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Cognome  Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)  dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 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 data di rilascio \_\_\_\_\_ 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. 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.  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 (NOTA 1 vd pag. 9)  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 se SI in quale lista?  Lista I  Lista II  Lista III

Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

Data prima diagnosi GG  / MM  / AAAA  Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG  / MM  / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG  / MM  / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?  SI  NO dal GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

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. 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 vd pag. 9)

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. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Cognome  Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)  dal  GG /  MM /  AAAA al  GG /  MM /  AAAA

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.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 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 data di rilascio \_\_\_\_\_ 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. 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, ecc.)
- 2) Coltivazioni agricole permanenti (frutticoltura, ecc.)
- 3) Allevamento
- 4) Silvicoltura
- 5) Pesca e Acquacoltura
- 6) Servizi all'agricoltura (potatura, noleggio di macchinari con operatore, gestione di impianti di irrigazione, ecc.)

**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) Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 11) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 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, ecc.)

**Categoria artigianato:**

- 24) Alimentare
- 25) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 26) Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 27) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 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, ecc.)

**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, ecc.)
- 53) Attività di noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese (servizi di: vigilanza, pulizie, ricerca e gestione di personale, ecc.)
- 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

- 1) Medico di famiglia
- 2) Medico Competente
- 3) Medico Ospedaliero
- 4) Medico Specialista Ambulatoriale Asl/Azienda Ospedaliera
- 5) Medico Dipartimento Prevenzione Asl
- 6) Medico Istituto Universitario
- 7) Medico Enti Previdenziali: Inail
- 8) Medico Enti Previdenziali: Inps
- 9) Medico Militare
- 10) Medico Ministero dell'Interno (es. Polizia, ecc.)
- 11) Medico del Patronato
- 12) Libero Professionista
- 13) Altro

**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. 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. 1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.