INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 1 SS

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

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

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 .....

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

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 ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti

☐ Ricovero ospedaliero presso .....

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

Descrizione del Fornitore Medico o del Presidio Sanitario

Codice Fiscale del Medico

Timbro e Firma del Medico .....