

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ PRIMO☐ CONTINUATIVO☐ DEFINITIVO☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Henry	Nome Beatrice		Sesso F
Nato a (Comune) Milane	Nato a (Provincia) a text di prova	Data 31/03/9546	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Milane		Domiciliato in (Provincia) a text di prova	Domiciliato in (Capitale) a text di prova
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Crosstimer Ct			Numero Civico 1072
Codice ISTAT 333	Codice ASL a text di prova	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V	
Telefono	Celulare 33333	Assenza Recapire Telefonici Si	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 (Data) 18/05/19066	in (Comune o stato Estero) Milane		

RISERVATO ALL'ASICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale a text di prova	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) a text di prova	Numero Civico a text di prova
Comune Venice	

Settore Lavorativo

☒ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terzario ☐ Altro

Attività Lavorativa Attuale (mansione) a text di prova
Attività lavorative precedenti svolte a text di prova
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio a text di prova
L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 18/05/19066 alle 00:00

DATA : 18/05/19066

L'assicurato :

Diagnosi ffff

Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 18/05/19066 fino a tutto il 19/11/16870 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 a text di prova	Data di Rilascio 18/05/19066
--------------------------	---------------------------------

Timbro e firma del Medico :

ASSICURATO

Cognome Henry	Nome Beatrice
------------------	------------------

Sintesi dell'esame Obiettivo ggggg

Diagnosi ffff

Accertamenti già Praticati 4444

Prescrizioni a text di prova

Esami Specialistici a text di prova
--

Altro a text di prova

Si presume invalidità permanente No	<input type="checkbox"/> Prognosi	<input type="checkbox"/> Pericolo di vita	<input type="checkbox"/> Caso mortale	<input type="checkbox"/> Disposta Autopsia	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti
--	-----------------------------------	---	---------------------------------------	--	--

Ricovero ospedaliero presso a text di prova
--

Dati Anamnestici Riferiti All'Evento

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI : a text di prova a text di prova		
---	--	--

Invalido Civile a text di prova	PENSIONATO INPS a text di prova	Altro a text di prova
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

OSSERVAZIONI DEL MEDICO a text di prova		
--	--	--

Luogo a text di prova	Data di Rilascio 18/05/19066
--------------------------	---------------------------------

Codice Medico o del Presidio Sanitario NGLGRG56B10H612V	Codice Medico o del Presidio Sanitario a text di prova
--	---

Codice Fiscale Medico PROVAX00X00X000Y

Timbro e firma del Medico :

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ **PRIMO**
☐ **CONTINUATIVO**
☐ **DEFINITIVO**
☐ **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome Henry		Nome Beatrice		Sesso F
Nato a (Comune) Milane		Nato a (Provincia) a text di prova	Data 31/03/9546	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Milane		Domiciliato in (Provincia) a text di prova		Domiciliato in (Capitale) a text di prova
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Crosstimer Ct				Numero Civico 1072
Codice ISTAT 333	Codice ASL a text di prova	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V		
Telefono	Celulare 33333	Assenza Recapire Telefonici Si	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 (Data) 18/05/19066		in (Comune o stato Estero) Milane		

RISERVATO ALL'ASICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale a text di prova	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) a text di prova	Numero Civico a text di prova
Comune Venice	

Settore Lavorativo

☒ **Agricoltura**
☐ **Industria**
☐ **Artigianato**
☐ **Pubblica Amministrazione**
☐ **Servizi o Terzario**
☐ **Altro**

Attività Lavorativa Attuale (mansione) a text di prova
Attività lavorative precedenti svolte a text di prova
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio a text di prova
L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 18/05/19066 alle 00:00

DATA : 18/05/19066
L'assicurato :

Diagnosi ffff

Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 18/05/19066 fino a tutto il 19/11/16870 <small>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.)</small>

Luogo a text di prova	Data di Rilascio 18/05/19066
--------------------------	---------------------------------

Timbro e firma del Medico :

ASSICURATO

Cognome Henry	Nome Beatrice
------------------	------------------

Sintesi dell'esame Obiettivo ggggg

Diagnosi ffff

Accertamenti già Praticati 4444

Prescrizioni a text di prova

Esami Specialistici a text di prova
--

Altro a text di prova

Si presume invalidità permanente No	<input type="checkbox"/> Prognosi	<input type="checkbox"/> Pericolo di vita	<input type="checkbox"/> Caso mortale	<input type="checkbox"/> Disposta Autopsia	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti
--	-----------------------------------	---	---------------------------------------	--	--

Ricovero ospedaliero presso a text di prova
--

Dati Anamnestici Riferiti All'Evento

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI : a text di prova a text di prova		
---	--	--

Invalido Civile a text di prova	PENSIONATO INPS a text di prova	Altro a text di prova
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

OSSERVAZIONI DEL MEDICO a text di prova	
--	--

Luogo a text di prova	Data di Rilascio 18/05/19066
--------------------------	---------------------------------

Codice Medico o del Presidio Sanitario NGLGRG56B10H612V	Codice Medico o del Presidio Sanitario a text di prova
--	---

Codice Fiscale Medico PROVAX00X00X000Y

Timbro e firma del Medico :

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ PRIMO☐ CONTINUATIVO☐ DEFINITIVO☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Henry	Nome Beatrice		Sesso F
Nato a (Comune) Milane	Nato a (Provincia) a text di prova	Data 95425200000	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Milane		Domiciliato in (Provincia) a text di prova	Domiciliato in (Capitale) a text di prova
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Crosstimer Ct			Numero Civico 1072
Codice ISTAT 333	Codice ASL Campo di Testo	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V	
Telefono	Celulare 33333	Assenza Recapire Telefonici Si	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 (Data) 1537826400000	in (Comune o stato Estero) Milane		

RISERVATO ALL'ASICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale a text di prova	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) a text di prova	Numero Civico a text di prova
Comune Venice	

Settore Lavorativo

<input checked="" type="checkbox"/> Agricoltura	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Artigianato	<input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione	<input type="checkbox"/> Servizi o Terzario	<input type="checkbox"/> Altro
Attività Lavorativa Attuale (mansione) a text di prova					
Attività lavorative precedenti svolte a text di prova					
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio a text di prova					
L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 18/05/19066 alle 00:00					

DATA : 18/05/19066

L'assicurato :

Diagnosi ffff

Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 18/05/19066 fino a tutto il 19/11/16870 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 a text di prova	Data di Rilascio 18/05/19066
--------------------------	---------------------------------

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. 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'assicurato. • Copia B per l'INAIL. • 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'assicurato. • Copia B per l'INAIL. <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.