

## 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"/>				<input type="text"/>			
Domiciliato in (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"/>																	
Telefono						Cellulare						<input type="checkbox"/> Assenza Recapiti Telefonici													
<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

*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																							
<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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data

GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'assicurato .....

#### DIAGNOSI

  


#### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno

GG	MM	AAAA	fino a tutto il	GG	MM	AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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												GG				MM		AAAA			
<input type="text"/>												<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			
												Data di rilascio									

Timbro e Firma del Medico .....

**ASSICURATO:**

COGNOME

[illegible]

NOME

[illegible]

## SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO


## DIAGNOSI


## ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI


## PRESCRIZIONI

## ESAMI SPECIALISTICI


## AI TRO


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

[illegible]

	GG		MM		AAAA			
Data di rilascio								

Codice Medico o del Presidio Sanitario

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del Fornitore Medico o del Presidio Sanitario

--

Codice Fiscale del Medico

[illegible]

Timbro e Firma del Medico .....

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

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

Cognome												Nome												Sesso M/F	
<div></div>												<div></div>												<div></div>	
Nato a (Comune)												Prov.		GG		MM		AAAA		Nazionalità					
<div></div>												<div></div>		<div></div>		<div></div>		<div></div>							
Domiciliato in (Comune)												Prov.		CAP											
<div></div>												<div></div>		<div></div>											
Indirizzo (via, piazza, ecc.)																		N. civico							
<div></div>																		<div></div>							
Codice ISTAT				Codice ASL				Codice Fiscale																	
<div></div>				<div></div>				<div></div>																	
Telefono				Cellulare				<input type="checkbox"/> Assenza Recapiti Telefonici																	
<div></div>				<div></div>																					
				GG		MM		AAAA		in (Comune o Stato Estero)															
				<div></div>		<div></div>		<div></div>		<div></div>															

L'EVENTO È AVVENUTO IL

*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																							
<div></div>																							
Indirizzo (via, piazza, ecc.)																				N. civico			
<div></div>																				<div></div>			
Comune																							
<div></div>																							

**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'incidento

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il  /  /  alle ore  ,

Data  /  /

L'assicurato .....

**DIAGNOSI**

#### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno  /  /  fino a tutto il  /  /

**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  /  /

Timbro e Firma del Medico .....

**ASSICURATO:**

COGNOME

[illegible]

NOME

[illegible]

## 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

[illegible]

	GG		MM		AAAA			
Data di rilascio								

Codice Medico o del Presidio Sanitario

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descrizione del Fornitore Medico o del Presidio Sanitario

--

Codice Fiscale del Medico

[illegible]

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"/>				<input type="text"/>			
Domiciliato in (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"/>																	
Telefono						Cellulare						<input type="checkbox"/> Assenza Recapiti Telefonici													
<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

*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																							
<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'incidento

  
  


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</b> (identifica il modulo)	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.