

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

OPRIMO	OPRIMO ©CONTINUATIVO		ODEFINITIVO		ORIAMMISSIONE IN TEMPORANEA			NEA	
Cognome Mago			Nome di Umago				Sesso M		
Nato a (Comune)			Nato a (Provi	incia)	Data		Nazionalità		
Umago			14810 8 (1 104)	ilicia)	01/12/1972		Italy		
Domiciliato in (Comune) Umago					Domiciliato in (Prov	vincia)	Domiciliato in	(Capitale)	
Indirizzo (via, piazza, ecc via de là	.)						Numero Civic	0	
Codice ISTAT U666	Codi	ce ASL		Codice Fiscale NGLGRG56B10F	l612V				
Telefono	Celu			Assenza Recap	oire Telefonici	più tempe:	azione del numero di telefono potrà consentire una npestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da		
1111	22222			No		parte dellI	NAIL a favore del lavo	oratore.	
L'evento è avenuto il (D 09/12/2017	ata) in (C Umag	omune o stato Estero))						
RISERVATO Datore di lavoro at	ALL'ASICURA tuale	ATO							
Cognome e nome o rag Stroligherie Istriane srl	ione sociale								
Indirizzo (via, piazza, ed	cc.)						Numero Civico		
Comune							7		
Umago									
Settore Lavorativo									
Agricoltura	Industria	Artigian	ato	Pubblica Am	ministrazione	Servizi o	Terzario	Altro	
Atiività Lavorativa Attua Attività lavorativa attuale Att	·								
Attività lavorative precedent									
	e circostanze dell'infortu		76						
	di aver abbandonato il I								
DATA: 09/12/2017				L'assicur	ato :				
Diagnosi Diagnosi Diagnosi a	bcdefa								
Prognosi									
Inabilità temporanea assoluta Se la durata dellassenza dal lavoro s.m.i.)				iica, è necessaria la visita	ı da parte del medico competent	e prima della ripresa	a lavoro. (Art. 41 c. 2 l	ett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e	
Luogo							Data di Rilaso	cio	
J.							09/12/2017		



ASSICURATO							
Cognome		Nome					
Mago			di Umago				
Sintessi dell'esame Obiettivo Esame obiettivoEsame obiettivoEsame obiettivo							
Diagnosi							
Diagnosi Diagnosi abcdefg							
Accertamenti già Praticati Accertamenti già praticati Accertamenti già pratic	ati Accertamenti già praticat	i					
Prescrizioni Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni Even	ıtuali prescrizioni						
Esami Specialistici esami-cure specialisiche esami-cure specialisiche	e esami-cure specialisiche						
Altro altri esami vari altri esami vari altri esami vari							
Si presume invalidità permanente No	Prognosi	Pericolo di vita	Caso mortale	Disposta Autopsia	Nessuna delle precedenti		
Ricovero ospedaliero presso ospedal de Pirano							
Dati Anamnestici Riferiti All'Even	to						
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATT Descrizioni dei postumi Descrizioni dei postumi	TIE PREGRESSE RIFER	RTI O CONSTATATT	'l : S ì				
Invalido Civile	PENSIONATO INPS		Altro				
false	true						
OSSERVAZIONI DEL MEDICO							
osservazioni osservazioni osservaz	oni osservazioni						
Luogo					Data di Rilascio 09/12/2017		
Codice Medico o del Presidio Sanitario NGLGRG56B10H612V	Codice Medico o del	Presidio Sanitario					
Codice Fiscale Medico PROVAX00X00X000Y							



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

OPRIMO	CONTINUATIVO		ODE	ODEFINITIVO ORIAMMISSIO		ISSIONE II	ONE IN TEMPORANEA		
Cognome Mago				Nome di Umago			Sesso M		
Nato a (Comune)			Nato a (Prov	rincia)	Data		Nazionalità		
Umago					01/12/1972		Italy		
Domiciliato in (Comune) Umago					Domiciliato in (Pro	ovincia)	Domiciliato in	ı (Capitale)	
Indirizzo (via, piazza, ecc. via de là)						Numero Civio	00	
Codice ISTAT U666	Co	dice ASL		Codice Fiscale NGLGRG56B10					
Telefono	Ce	lulare		Assenza Reca	apire Telefonici	Lindicaz	ione del numero di tele	efono potrà consentire una	
1111		22222		No	,		tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da e dellINAIL a favore del lavoratore.		
L'evento è avenuto il (Da	ata) in	Comune o stato Es	tero)						
09/12/2017		ago	,						
Datore di lavoro att Cognome e nome o ragi Stroligherie Istriane srl Indirizzo (via, piazza, ec viale miramare Comune Umago Settore Lavorativo	one sociale						Numero Civico		
Agricoltura	☐Industria	Artic	ianato	□ Pubblica Ar	nministrazione	■ Servizi	o Terzario	Altro	
Atiività Lavorativa Attual Attività lavorativa attuale Atti	e (mansione)		,						
Attività lavorative precedente									
Descrizione delle cause Cause e circostanze Cause			stanze						
L'assicurato dichiara d	li aver abbandonato i	l lavoro il 09/12/20	17 alle 22:08						
DATA: 09/12/2017				L'assicu	rato :				
				L assicu					
Diagnosi Diagnosi Diagnosi at	ocdefa								
	Joueng								
Prognosi Inabilità temporanea assoluta Se la durata dellassenza dal lavoro s.m.i.)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			ifica, è necessaria la visi	ta da parte del medico competer	nte prima della ripre	sa lavoro. (Art. 41 c. 2	lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e	
Luogo							Data di Rilas	cio	
							09/12/2017		



ASSICURATO									
Cognome		No	me						
Mago		di l	Jmago						
Sintessi dell'esame Obiettivo									
Esame obiettivoEsame obiettivoEsame obiettivo									
Diagnosi									
Diagnosi Diagnosi abcdefg									
Accertamenti già Praticati									
Accertamenti già praticati Accertamenti già pratic	ati Accertamenti già praticati								
Prescrizioni									
Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni Even	tuali prescrizioni								
Esami Specialistici									
esami-cure specialisiche esami-cure specialisiche	e esami-cure specialisiche								
Altro									
altri esami vari altri esami vari altri esami vari									
Si presume invalidità permanente No	Prognosi	Pericolo di vita	Caso mortale	Disposta Autopsia	Nessuna delle precedenti				
Ricovero ospedaliero presso									
ospedal de Pirano									
Dati Anamnestici Riferiti All'Even	to								
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATI	TIE PREGRESSE RIFERTI C	CONSTATATTI :	Sì						
Descrizioni dei postumi Descrizioni dei postumi									
Invalido Civile	PENSIONATO INPS		Altro						
false	true								
OSSERVAZIONI DEL MEDICO									
osservazioni osservazioni osservazioni osservazi	oni osservazioni								
Luogo					Data di Rilascio				
					09/12/2017				
Codice Medico o del Presidio Sanitario	Codice Medico o del Pres	sidio Sanitario							
NGLGRG56B10H612V									
Codice Fiscale Medico									
PROVAX00X00X000Y									



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

OPRIMO	PRIMO © CONTINUATIVO		ODEFINITIVO ORIAMMIS		SSIONE IN TEMPORANEA			
Cognome		Nome				Sesso		
Mago		di Umago				M		
Nato a (Comune)		Nato a (F	Provincia)	Data		Nazionalità		
Umago		,	,	1973-01-09T11:00:00	.000+0000	Italy		
Domiciliato in (Comune) Umago				Domiciliato in (Pro	vincia)	Domiciliato in	n (Capitale)	
Indirizzo (via, piazza, ecc.	.)					Numero Civi	СО	
Codice ISTAT U666	Codice As		Codice Fiscal					
Telefono	Celulare		Assenza Reca	apire Telefonici		zione del numero di telefono potrà consentire una		
1111	2222222		No	.,		pestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da lellINAIL a favore del lavoratore.		
L'evento è avenuto il (Da 2018-09-26T22:00:00.000+00		ne o stato Estero)						
RISERVATO .	ALL'ASICURATO)						
Datore di lavoro at	tuale							
Cognome e nome o ragi	ione sociale							
Indirizzo (via, piazza, ec	oc.)					Numero Civico)	
viale miramare	,					4		
Comune								
Umago								
Settore Lavorativo								
Agricoltura	☐Industria	Artigianato	Pubblica A	mministrazione	■ Servizi	o Terzario	Altro	
Atiività Lavorativa Attual	·							
Attività lavorativa attuale Att								
Attività lavorative preced								
Attività lavorative precedent								
	e circostanze dell'infortunio e circostanze Cause e circostanze	Coupo o oirocatonzo						
	di aver abbandonato il lavor							
L'assiculato diciliara c	n avei abbandonato ii iavoi	0 II 09/12/2017 alle 22:08						
DATA: 09/12/2017			L'assicu	ırato :				
Diagnosi								
Diagnosi Diagnosi Diagnosi al	bcdefg							
Prognosi								
Inabilità temporanea assoluta	al lavoro dal giorno 09/12/2017 fin è superiore ai 60 giorni continuativi, al fi		specifica, è necessaria la visi	ita da parte del medico competen	te prima della ripre	sa lavoro. (Art. 41 c. 2	P lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e	
Luogo						Data di Rilas	scio	
						09/12/2017		



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE

Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo

NUMERO (identifica il modulo)

Mod. 1 SS

DESCRIZIONE

Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che lassicurato dovrà inviare allINAIL e al datore di lavoro.

I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato allINAIL corredato da apposita denuncia. Il certificato è composto di due pagine.

La pag. 1 è predisposta in tre copie:

- Copia A per lassicurato.
- Copia B per IINAIL.
- Copia C per il datore di lavoro.

Essa contiene:

- Dati anagrafici dellassicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dellevento sottoscritti dallassicurato.
 - Diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore.

La pag. 2 è predisposta in due copie:

- Copia A per lassicurato.
- Copia B per IINAIL.

Essa contiene:

• 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 dellassicurato 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.