

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. CAF	
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Codice ISTAT	Codice ASL Codice Fiscale		
Talafara	Orlinters		L'indications del gunor di telefono actic
Telefono	Cellulare	Assenza	L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.
	GG MM AAAA	in (Comune o Stato Estero)	deli livali. a lavore del lavoratore.
L'EVENTO È AVVENUTO IL			
RISERVATO ALL'A	SSICURATO		
Datore di lavoro attuale			
Cognome e nome o ragione social	e		
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Comune			
Settore Lavorativo Attività lavorativa attuale (mai		Artigianato ☐ Pubblica Amn	ninistrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro
There are a second of the seco	iolono)		
Attività lavorative precedente	mente svolte		
Descrizione delle cause e circ	costanze dell'infortunio		
	GG MM	AAAA	
L'assicurato dichiara di aver a		alle ore	, .
GG MM	1 AAAA		
Data /		L'assicurato	
DIAGNOSI			
PROGNOSI: inabilità tem	poranea assoluta al lavoro		
GG	MM AAAA	GG MM	AAAA
dal giorno /	fino a tutto il		
	dal lavoro è superiore ai 60 giorni continunte prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2		eità alla mansione specifica, è necessaria la visita da
Luogo		·	GG MM AAAA
		Dat	a di rilascio

Timbro e Firma del Medico

Copia A - per l'Assicurato - TIP. INAIL - 3/2012

PAGINA 1



ASSICURATO:

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 DSSERVAZIONI DEL MEDICO		IOME														NOME								
DIAGNOSI ACCERTAMENTI GIA PRATICATI PRESCRIZIONI SAMI SPECIALISTICI SI pressume invalidità permanente SI M2 Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopia Nessuna celle precedenti Ricovero espedaliera presso DATI ANAMIESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DIALTIRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI M2 Duali Invalidio civile Pensonato INPS Altro DISSERVAZIONI DEL MEDICO DISSERVAZIONI DEL MEDICO Data di rilascio MM AAAA AAAA Data di rilascio MM AAAA AAAA Data di rilascio MM MM MM MM MM MM MM																								
DIAGNOSI ACCERTAMENTI GIA PRATICATI PRESCRIZIONI SI pressume invalidità permanente Prognosi riservata Percoo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna celle precedenti Ricovero depedaliero presso DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DIA L'IRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI MO Duali Invalido civile Personato INPS Altro DOSSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMOSTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMOSTICI RIFERITI ALL'EVENTO DOSSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMOSTICI RIFERITI ALL'EVENTO DOSSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMOSTICI RIFERITI ALL'EVENTO DATI ANAMOSTICI RIFERITI																								
DIAGNOSI ACCERTAMENTI GIA PRATICATI PRESCRIZIONI SAMI SPECIALISTICI SI pressume invalidità permanente SI Ma Prognosi riservata Pertodo di vita Caso mortale Disposta autopia Nessuna delle precedenti PRovero depedaliera presso DATI ANAMIESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DIALTIRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI MO DISSERVAZIONI DEL MEDICO DISSERVAZIONI DEL MEDICO DISSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMIESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSSERVAZIONI DEL MEDICO DATI ANAMIESTICI RIFERITI ALL'EVENTO DOSSERVAZIONI DEL MEDICO DISSERVAZIONI DEL MEDICO DIALI RIFIASCIO MALATTICA PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI MO DATI ANAMIESTICI RIFERITI ALL'EVENTO DATI ANAMIESTIC RIFERITI ALL'EVENTO DATI ANA																								
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	SINTES	SI DELL'E	SAME O	BIETTI	vo																			
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																								
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																								
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																								
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																								
PRESCRIZIONI SEAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita	DIAGN	NOSI																						
PRESCRIZIONI SEAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita																								
PRESCRIZIONI SEAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita																								
PRESCRIZIONI SEAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita																								
PRESCRIZIONI SEAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita																								
ESAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente Si Mo	ACCEF	RTAMENT	I GIÀ PR	ATICAT	1																			
ESAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente Si Mo																								
ESAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente Si Mo																								
ESAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente Si Mo																								
ESAMI SPECIALISTICI ALTRO Si presume invalidità permanente Si Mo																								
ALTRO Si presume invalidità permanente	PRESC	CRIZIONI																						
ALTRO Si presume invalidità permanente																								
ALTRO Si presume invalidità permanente																								
Si presume invalidità permanente SI MO Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti Ricovero ospedaliero presso	ESAMI	I SPECIAL	ISTICI																					
Si presume invalidità permanente SI MO Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti Ricovero ospedaliero presso																								
Si presume invalidità permanente SI MO Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti Ricovero ospedaliero presso																								
Si presume invalidità permanente SI MO Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti Ricovero ospedaliero presso																								
Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata Pericolo di vita Caso mortale Disposta autopsia Nessuna delle precedenti Ricovero ospedaliero presso																								
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro	ALTRO)																						
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro																								
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro																								
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro																								
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro																								
PATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro	Si presi	sume invali	dità perm	anente	SI N	Ю	☐ Proc	nosi ris	servata	Г	Perico	olo di vit	a	□ Cas	so mo	rtale	□ Dis	sposta	autopsi	а	□ Ne	ssuna c	delle pre	ecedenti
DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro	- 1					_	_ `				-			_					·					
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro	☐ Ricc	overo ospe	edaliero p	resso																				
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO Quali Invalido civile Pensionato INPS Altro																								
Quali Invalido civile	DATI A	ANAMNES	TICI RIF	ERITI A	LL'EVE	NTO																		
Quali Invalido civile														NO.										
Invalido civile Pensionato INPS Altro		UMI DI AL	TRE LES	IONI O	MALATT	TIE PF	REGRE	SSE RII	FERITI	O COI	NSTAT	ATI	SI	NO										
Luogo Data di rilascio	Quali																							
Luogo Data di rilascio																								
Luogo Data di rilascio																								
Luogo Data di rilascio																								
Luogo Data di rilascio																								
Luogo Data di rilascio																								
Luogo Data di rilascio	☐ Inva	alido civile		□ P	ensionat	o INP	S] Altro															
Data di rilascio / / / /			DEI ME		ensionat	to INP	S] Altro															
Data di rilascio / / / /			DEL ME		ensionat	o INP	s] Altro															
Data di rilascio / / / /			DEL ME		ensionat	to INP	S		Altro															
Data di rilascio / / / /			DEL ME		ensionat	to INP	S] Altro															
Data di rilascio / / / /			DEL ME		ensionat	to INP	S		Altro															
	OSSEF	RVAZIONI	DEL ME		ensionat	to INP	S] Altro										GG		MM		AAA	A
Codice Medico o del Presidio Sanitario Descrizione del Fornitore Medico o del Presidio Sanitario Codice Medico o del Presidio Sanitario		RVAZIONI	DEL ME		ensionat	to INP	S		Altro										GG		MM T		AAA	A
	Luogo	RVAZIONI		DICO															GG	/ [MM	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI		DICO															GG	/ [MM	/ [AAA	A
Codice Fiscale del Medico	Luogo	RVAZIONI		DICO															GG	/ [MM	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI	o del Pres	DICO															GG	/ [MM	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI	o del Pres	DICO															GG	/ [мм	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI	o del Pres	DICO															GG	/[MM	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI	o del Pres	DICO															GG	/ [мм	/ [AAA	A
	Luogo	RVAZIONI	o del Pres	DICO															GG	/[MM	/ [AAA	A

Copia A - per l'Assicurato - TIP. INAIL - 3/2012



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	☐ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA
Cognome		Nome	Sesso M/F
Note of (Commune)			G MM AAAA Nazionalità
Nato a (Comune)		Prov. C	GG MM AAAA Nazionalità
Domiciliato in (Comune)		Prov. CAP	
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Codice ISTAT	Codice ASL Codice Fiscale		
Telefono	Cellulare		L'indicazione del numero di telefono potrà
	GG MM AAAA		consentire una più tempestiva ed efficace Recapiti Telefonici erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.
L'EVENTO È AVVENUTO IL	/ / / / AAAA	in (Comune o Stato Estero)	
RISERVATO ALL'A	SSICURATO		
Datore di lavoro attuale			
Cognome e nome o ragione social	е		
Indirity (via piarra coa)			N. shirte
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Comune			
Settore Lavorativo	☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ A	Artigianato Pubblica Amm	ninistrazione □ Servizi o Terziario □ Altro
Attività lavorativa attuale (mai			
Attività lavorative precedente	mente svolte		
Descrizione delle cause e circ	costanze dell'infortunio		
	GG MM	AAAA	
L'assicurato dichiara di aver a	abbandonato II Iavoro II / /] / alle ore	
Data GG MM	1 / AAAA	L'assicurato	
DIAGNOSI			
DIAGROSI			
	poranea assoluta al lavoro		
GG / [MM AAAA	GG MM	AAAA
dal giorno / _	dal layoro è superiore ai 60 giorni continu	uativi, al fine di verificare l'idone	ità alla mansione specifica, è necessaria la visita da
	nte prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 l		a manorono opeomoa, e necessaria la visita da
Luogo			GG MM AAAA
			a di rilascio

Timbro e Firma del Medico

Copia B - per l'INAIL - TIP. INAIL - 3/2012

PAGINA 1



ASSICURATO:

COGN	OME														NOME								
																			ш				
SINTE	SI DELL	'ESAME	OBIET	ΓΙVΟ																			
DIAGN	NOSI																						
ACCE	RTAMEN	ITI GIÀ F	PRATICA	·ΤΙ																			
TOOL			1011107																				
PRES	CRIZION	I																					
ESAM	I SPECIA	LISTICI																					
ALTRO)																						
				CI.	NO	_ 5				_ 5 :			_ ^			_ D:					ı		
Si pres	sume inva	aliditá pe	rmanent	9 [31]	INO	☐ Pr	rognosi	riservat	a [Perio	colo di v	rita	☐ Ca	so mo	ıπaie	☐ Dis	posta	autops	sia	∐ N	essuna	a delle p	orecedenti
☐ Ric	overo os	oedaliero	presso																				
			p. 2000																				
DATI		OTIOL D	EEDITI	A	/ENT																		
DAII	ANAMNE	STICIR	IFEKIII	ALL'EV	ENIC	,																	
POST	UMI DI A	LTRE LE	SIONI) MALA	TTIE	PREGR	ESSE F	RIFERI	посс	ONSTAT	TATI	SI	NO										
Quali																							
□ Inva	alido civil	e	П	Pensior	nato IN	IPS		□ Altro	o														
		-							-														
OSSE	RVAZIO	NI DEL N	IEDICO																				
Luogo														_				GG	, [ММ	7 , [A	AAA
Luogo															Data di	rilascio		GG	/[MM]/[A	AAA
	odice Medic	co o del P	residio Sa	nitario		Descrizi	one del l	ornitore	Medico	o del Pre	esidio Sai	nitario			Data di	rilascio		GG	/[MM]/[AA	AAA
		co o del P	residio Sa	nitario		Descrizi	ione del l	- Fornitore	Medico	o del Pre	esidio Sai	nitario			Data di	rilascio		GG	/[MM]/[AA	AAA
Co	odice Medic		residio Sa	nitario		Descrizi	one del l	ornitore	Medico	o del Pre	esidio Sai	nitario			Data di	rilascio		GG	/[MM]/[AA	AAA
Co			residio Sa	nitario		Descrizi	ione del l	-ornitore	Medico	o del Pre	esidio Sal	nitario			Data di	rilascio		GG	/[ММ]/[AA	AAA
Co	odice Medic		residio Sa	nitario		Descrizi	ione del I	=ornitore	Medico	o del Pre	esidio Sal	nitario			Data di	rilascio		GG	/[MM]/[AA	AAA
Co	odice Medic		residio Sa	nitario		Descrizi	ione del I	Fornitore	Medico	o del Pre									/[]/[AAA

Copia B - per l'INAIL - TIP. INAIL - 3/2012



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	☐ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA
Cognome		Nome	Sesso M/F
Nata a (Oursean)		Prov. G	3 MM AAAA Nazionalità
Nato a (Comune)		Prov. GG	G MM AAAA Nazionalità
Domiciliato in (Comune)		Prov. CAP	
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Codice ISTAT	Codice ASL Codice Fiscale		
Telefono	Cellulare		L'indicazione del numero di telefono potrà
	GG MM AAAA		consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.
L'EVENTO È AVVENUTO IL		in (Comune o Stato Estero)	
RISERVATO ALL'AS	SSICURATO		
Datore di lavoro attuale			
Cognome e nome o ragione sociale	е		
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico
Comune			/
Settore Lavorativo	☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ A	Artigianato □ Pubblica Ammi	nistrazione □ Servizi o Terziario □ Altro
Attività lavorativa attuale (man		Trubblica Allilli	TISTICAZIONO - SCIVIZIO TCIZIANO - ANTO
,	,		
Attività lavorative precedenten	mente svolte		
Descrizione delle cause e circ	rostanze dell'infortunio		
Descrizione delle cause è circ	ostarize dell'infortanto		
	GG MM	AAAA	
L'assicurato dichiara di aver a	Ibbandonato il lavoro il	alle ore	
GG MM	AAAA		
Data /		L'assicurato	
DIAGNOSI			
PROCNOSI, inabilità tam	coronos cosoluto al lovero		
PROGNOSI: inabilità temp	MM AAAA	GG MM	AAAA
dal giorno /	fino a tutto il		
Se la durata dell'assenza	dal lavoro è superiore ai 60 giorni continu	nativi, al fine di verificare l'idoneit	à alla mansione specifica, è necessaria la visita da
parte del medico competer	nte prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 l	ett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)	GG MM AAAA
Laogo		Nata (di rilascio

Timbro e Firma del Medico

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 l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.

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.

La pag. 1 è predisposta in tre copie:

- Copia A per l'assicurato;
- Copia B per l'INAIL;
- Copia C per il datore di lavoro.

Essa contiene:

- dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato;
- diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore.

La pag. 2 è predisposta in due copie:

- Copia A per l'assicurato;
- Copia B per l'INAIL;

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 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.