

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ PRIMO☐ CONTINUATIVO☐ DEFINITIVO☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Campo di Testo	Nome Campo di Testo	Sesso Campo di Testo
Nato a (Comune) Campo di Testo	Nato a (Provincia) Campo di Testo	Data Campo di Testo
Domiciliato in (Comune) Campo di Testo		Domiciliato in (Provincia) Campo di Testo
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Campo di Testo		Nazionalità Campo di Testo
Codice ISTAT Campo di Testo	Codice ASL Campo di Testo	Codice Fiscale Campo di Testo
Telefono Campo di Testo	Celulare Campo di Testo	Assenza Recapire Telefonici Campo di Testo
L'evento è avvenuto il (Data) Campo di Testo	in (Comune o stato Estero) Campo di Testo	
Numero Civico Campo di Testo Campo di di		
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'ASICURATO

## Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	Numero Civico Campo di Testo Campo di
Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	Comune Campo di Testo

## Settore Lavorativo

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

Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il "una Data" alle "una hora"

DATA : L'assicurato : .....

Diagnosi Campo di Testo
----------------------------

Prognosi dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA: 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 dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA:	Data di Rilascio Campo di Testo
--	------------------------------------

Timbro e firma del Medico : .....

## ASSICURATO

Cognome Campo di Testo	Nome Campo di Testo
Sintesi dell'esame Obiettivo Campo di Testo	
Diagnosi Campo di Testo	
Accertamenti già Praticati Campo di Testo	
Prescrizioni Campo di Testo	
Esami Specialistici Campo di Testo	
Altro Campo di Testo	
Si presume invalidità premanente Campo di Testo	
Ricovero ospedaliero presso Campo di Testo	
Dati Anamnestici Riferiti All'Evento Campo di Testo	
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI <"SI"> / <"NO"> Campo di Testo	
Si presume invalidità premanente Campo di Testo	
OSSERVAZIONI DEL MEDICO Campo di Testo	
Luogo dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA:	Data di Rilascio Campo di Testo
Codice Medico o del Presidio Sanitario Campo di Testo	Codice Medico o del Presidio Sanitario Campo di Testo
Codice Fiscale Medico Campo di Testo	

Timbro e firma del Medico : .....

Testo statico

Pagina 2 di 2

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ PRIMO☐ CONTINUATIVO☐ DEFINITIVO☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Campo di Testo	Nome Campo di Testo	Sesso Campo di Testo
Nato a (Comune) Campo di Testo	Nato a (Provincia) Campo di Testo	Data Campo di Testo
Domiciliato in (Comune) Campo di Testo		Domiciliato in (Provincia) Campo di Testo
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Campo di Testo		Nazionalità Campo di Testo
Codice ISTAT Campo di Testo	Codice ASL Campo di Testo	Codice Fiscale Campo di Testo
Telefono Campo di Testo	Celulare Campo di Testo	Assenza Recapire Telefonici Campo di Testo
L'evento è avvenuto il (Data) Campo di Testo	in (Comune o stato Estero) Campo di Testo	
Numero Civico Campo di Testo Campo di di		
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'ASICURATO

## Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	Numero Civico Campo di Testo Campo di
Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	
Comune Campo di Testo	

## Settore Lavorativo

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

Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il "una Data" alle "una hora"

DATA : L'assicurato : .....

Diagnosi Campo di Testo
----------------------------

Prognosi dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA: 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 dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA:	Data di Rilascio Campo di Testo
--	------------------------------------

Timbro e firma del Medico : .....

## ASSICURATO

Cognome Campo di Testo	Nome Campo di Testo
Sintesi dell'esame Obiettivo Campo di Testo	
Diagnosi Campo di Testo	
Accertamenti già Praticati Campo di Testo	
Prescrizioni Campo di Testo	
Esami Specialistici Campo di Testo	
Altro Campo di Testo	
Si presume invalidità premanente Campo di Testo	
Ricovero ospedaliero presso Campo di Testo	
Dati Anamnestici Riferiti All'Evento Campo di Testo	
POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI <"SI"> / <"NO"> Campo di Testo	
Si presume invalidità premanente Campo di Testo	
OSSERVAZIONI DEL MEDICO Campo di Testo	
Luogo dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA:	Data di Rilascio Campo di Testo
Codice Medico o del Presidio Sanitario Campo di Testo	Codice Medico o del Presidio Sanitario Campo di Testo
Codice Fiscale Medico Campo di Testo	

Timbro e firma del Medico : .....

Testo statico

Pagina 2 di 2

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☒ PRIMO☐ CONTINUATIVO☐ DEFINITIVO☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Campo di Testo	Nome Campo di Testo	Sesso Campo di Testo
Nato a (Comune) Campo di Testo	Nato a (Provincia) Campo di Testo	Data Campo di Testo
Domiciliato in (Comune) Campo di Testo		Domiciliato in (Provincia) Campo di Testo
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Campo di Testo		Nazionalità Campo di Testo
Codice ISTAT Campo di Testo	Codice ASL Campo di Testo	Codice Fiscale Campo di Testo
Telefono Campo di Testo	Celulare Campo di Testo	Assenza Recapire Telefonici Campo di Testo
L'evento è avvenuto il (Data) Campo di Testo	in (Comune o stato Estero) Campo di Testo	
Numero Civico Campo di Testo Campo di di		
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'ASICURATO

## Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	Numero Civico Campo di Testo Campo di
Cognome e nome o ragione sociale Campo di Testo	Comune Campo di Testo

## Settore Lavorativo

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

Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo
Comune Campo di Testo

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il "una Data" alle "una hora"

DATA : L'assicurato : .....

Diagnosi Campo di Testo
----------------------------

Prognosi dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA: Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare 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 dal giorno :DATA_DA: fino a tutto il :DATA_FINOA:	Data di Rilascio Campo di Testo
--	------------------------------------

Timbro e firma del Medico : .....

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

<b>DENOMINAZIONE</b>	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
<b>NUMERO (identifica il modulo)</b>	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. 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.