

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☐ PRIMO
 ☒ CONTINUATIVO
 ☐ DEFINITIVO
 ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Mago		Nome di Umago		Sesso M
Nato a (Comune) Umago		Nato a (Provincia)	Data 01/12/1972	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Umago			Domiciliato in (Provincia)	Domiciliato in (Capitale)
Indirizzo (via, piazza, ecc.) via de là				Numero Civico 1
Codice ISTAT U666	Codice ASL	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V		
Telefono 1111	Celulare 2222222	Assenza Recapire Telefonici No	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) 09/12/2017	in (Comune o stato Estero) Umago			

### RISERVATO ALL'ASICURATO

#### Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Stroligherie Istriane srl	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) viale miramare	Numero Civico 4
Comune Umago	

#### Settore Lavorativo

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

Attività Lavorativa Attuale (mansione) Attività lavorativa attuale Attività lavorativa
Attività lavorative precedente svolte Attività lavorative precedentemente
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze
<b>L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 09/12/2017 alle 22:08</b>

**DATA : 09/12/2017**

**L'assicurato :** .....

Diagnosi Diagnosi Diagnosi Diagnosi abcdefg
--

Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 09/12/2017 fino a tutto il 31/10/2017 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 09/12/2017
-------	--------------------------------

**Timbro e firma del Medico :** .....

## ASSICURATO

Cognome	Nome			
Mago	di Umago			
Sintesi dell'esame Obiettivo				
Esame obiettivoEsame obiettivoEsame obiettivo				
Diagnosi				
Diagnosi Diagnosi Diagnosi abcdefg				
Accertamenti già Praticati				
Accertamenti già praticati Accertamenti già praticati Accertamenti già praticati				
Prescrizioni				
Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni				
Esami Specialistici				
esami-cure specialistiche esami-cure specialistiche esami-cure specialistiche				
Altro				
altri esami vari altri esami vari altri esami vari				
Si presume invalidità permanente	<input type="checkbox"/> Prognosi	<input type="checkbox"/> Pericolo di vita	<input type="checkbox"/> Caso mortale	<input type="checkbox"/> Disposta Autopsia
No	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti			
Ricovero ospedaliero presso				
ospedale de Pirano				

## Dati Anamnestici Riferiti All'Evento

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI : <b>Si</b>		
Descrizioni dei postumi Descrizioni dei postumi		
Invalido Civile	PENSIONATO INPS	Altro
false	true	
OSSERVAZIONI DEL MEDICO		
osservazioni osservazioni osservazioni osservazioni osservazioni		
Luogo		Data di Rilascio
		09/12/2017
Codice Medico o del Presidio Sanitario	Codice Medico o del Presidio Sanitario	
NGLGRG56B10H612V		
Codice Fiscale Medico		
PROVAX00X00X000Y		

Timbro e firma del Medico : .....

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☐ PRIMO

☒ CONTINUATIVO

☐ DEFINITIVO

☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Mago		Nome di Umago		Sesso M
Nato a (Comune) Umago		Nato a (Provincia)	Data 01/12/1972	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Umago			Domiciliato in (Provincia)	Domiciliato in (Capitale)
Indirizzo (via, piazza, ecc.) via de là				Numero Civico 1
Codice ISTAT U666	Codice ASL	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V		
Telefono 1111	Celulare 2222222	Assenza Recapire Telefonici No	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) 09/12/2017		in (Comune o stato Estero) Umago		

### RISERVATO ALL'ASICURATO

#### Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Stroligherie Istriane srl	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) viale miramare	Numero Civico 4
Comune Umago	

#### Settore Lavorativo

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

Attività Lavorativa Attuale (mansione) Attività lavorativa attuale Attività lavorativa
Attività lavorative precedente svolte Attività lavorative precedentemente
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze
<b>L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 09/12/2017 alle 22:08</b>

**DATA : 09/12/2017**
**L'assicurato : .....**

Diagnosi Diagnosi Diagnosi Diagnosi abcdefg
Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 09/12/2017 fino a tutto il 31/10/2017 <small>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.)</small>
Luogo
Data di Rilascio 09/12/2017

**Timbro e firma del Medico : .....**

## ASSICURATO

Cognome	Nome			
Mago	di Umago			
Sintesi dell'esame Obiettivo				
Esame obiettivoEsame obiettivoEsame obiettivo				
Diagnosi				
Diagnosi Diagnosi Diagnosi abcdefg				
Accertamenti già Praticati				
Accertamenti già praticati Accertamenti già praticati Accertamenti già praticati				
Prescrizioni				
Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni Eventuali prescrizioni				
Esami Specialistici				
esami-cure specialistiche esami-cure specialistiche esami-cure specialistiche				
Altro				
altri esami vari altri esami vari altri esami vari				
Si presume invalidità permanente	<input type="checkbox"/> Prognosi	<input type="checkbox"/> Pericolo di vita	<input type="checkbox"/> Caso mortale	<input type="checkbox"/> Disposta Autopsia
No	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti			
Ricovero ospedaliero presso				
ospedale de Pirano				

## Dati Anamnestici Riferiti All'Evento

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERTI O CONSTATATI : <b>Si</b>		
Descrizioni dei postumi Descrizioni dei postumi		
Invalido Civile	PENSIONATO INPS	Altro
false	true	
OSSERVAZIONI DEL MEDICO		
osservazioni osservazioni osservazioni osservazioni osservazioni		
Luogo		Data di Rilascio
		09/12/2017
Codice Medico o del Presidio Sanitario	Codice Medico o del Presidio Sanitario	
NGLGRG56B10H612V		
Codice Fiscale Medico		
PROVAX00X00X000Y		

Timbro e firma del Medico : .....

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO

☐ PRIMO

☒ CONTINUATIVO

☐ DEFINITIVO

☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome Mago		Nome di Umago		Sesso M
Nato a (Comune) Umago		Nato a (Provincia)	Data 1973-01-09T11:00:00.000+0000	Nazionalità Italy
Domiciliato in (Comune) Umago			Domiciliato in (Provincia)	Domiciliato in (Capitale)
Indirizzo (via, piazza, ecc.) via de là				Numero Civico 1
Codice ISTAT U666	Codice ASL Campo di Testo	Codice Fiscale NGLGRG56B10H612V		
Telefono 1111	Celulare 2222222	Assenza Recapire Telefonici No	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) 2018-09-26T22:00:00.000+0000		in (Comune o stato Estero) Umago		

### RISERVATO ALL'ASICURATO

#### Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale Stroligherie Istriane srl	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) viale miramare	Numero Civico 4
Comune Umago	

#### Settore Lavorativo

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

Attività Lavorativa Attuale (mansione) Attività lavorativa attuale Attività lavorativa
Attività lavorative precedente svolte Attività lavorative precedentemente
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze Cause e circostanze
<b>L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 09/12/2017 alle 22:08</b>

**DATA : 09/12/2017**
**L'assicurato : .....**

Diagnosi Diagnosi Diagnosi Diagnosi abcdefg
Prognosi Inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno 09/12/2017 fino a tutto il 31/10/2017 <small>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.)</small>
Luogo
Data di Rilascio 09/12/2017

**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.