

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

□ PRIMO □ CONTINUATIVO □ DEFINITIVO □ RIAMMISSIONE IN TE	MPORANEA
Cognome Nome	Sesso M/F
Nato a (Comune)         Prov.         GG         MM         AAAA	Nazionalità Nazionalità
Residente a (Comune)  Prov. CAP	
Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civic	• , , ,
Codice ISTAT Codice ASL Codice Fiscale	
RISERVATO ALL'ASSICURATO	
Datore di lavoro attuale dal	
Cognome e nome o ragione sociale	
Indirizzo (via, piazza, ecc.)	
Comune         Prov.	
Assicurato:   Dipendente   Autonomo	
Settore Lavorativo:   Agricoltura   Industria   Artigianato   Pubblica Amministrazione   Servizi o Terzi	ario   Altro
Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)	
Deteri di la consegue de consegue de consegue de la constitución de la	
Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte  dal al Datore di lavoro Comune Settore Lavorativo Attività Lav	rorativa/Mansione
Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia	
GG MM AAAA	
Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame?	
GG MM AAAA	
Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame	
GG MM AAAA	
Data Firma dell'assicurato	
	facilitation to the
Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al risconoscimento di malattia pro dalla normativa vigente	ressionale, previste
Firma dell'assicurato	
IAGNOSI	
La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO	
La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro SI NO GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA	
dal giorno fino a tutto il	
Luogo   GG MM   T   T   T   T   T   T   T   T   T	
	/ AAAA

Copia A - per l'INAIL - TIP. INAIL - 3/2007

PAGINA 1



### **ASSICURATO:**

COGN	OME																					NOM	E												
																													brack						
ANAMI POSTU							IE PF	REGF	RES	SE C	ONO	GENI	TE (	O AC	QUIS	SITE	RIFE	RITI	00	ONS.	TATA	ιΤΙ, cα	on pa	artico	olare	rifer	imer	ito all	a pa	atolog	ia in e	esam	е	SI	NO
Quali																																			
☐ Inva	ılido ci	vile			Pens	sionat	to IN	PS				Altro																							
ACCEF	RTAME	ENTI	GIÀ I	PRATIC	ATI																														
ANAMI	NESI F	PATO	DLOG	CA PR	OSSIN	ИΑ																													
																													_						
ESAME	OBIE	-TTI	/O C(	ON PAR	TICO	I ARF	F RIF	FRIN	ЛFN	ITO A	AII A	A MA	I AT	TIA	IN FS	SAM	IF																		
	- 02																																		
DIACN	001																																		
DIAGN	081																												_						
PRESC	CRIZIC	NI																																	
CURA	ADOT	TAT		SI NO	1																														
Quale?					ı																														
	0050		07101																										_						
ESAMI	SPEC	JALI	STICI																																
																													_						
ALTRO	)																																		
						[ei]	NO							_		_																			
Si pres						SI	NO										di vita																		
Rico																				. [	Cas	so mo	ortale	)	] Dis	spos	ta a	utops	ia	□ N	essur	na de	lle pr	ecec	denti
OSSEF	KVAZI	ONI	DELI	MEDICC	,																														
																													_						
Luogo														_		_					1					G	G .	1 .	_	ММ	٠,		AAA	AA .	
																					] [	Data	di ril	ascio	o			] /	L		] /				
Cod	dice Me	edico	o del P	residio S	anitario		1																												
																Tin	nbro e	e Firn	na de	el Me	dico														



# CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONTINUATIVO											DEF	INI	TIV	0					F	RIA	MN	/115	SS	IOI	NE	IN	TE	MF	POF	RA	NE	4
Cognome														me	_	_	_	_	_			_	_	_		_	_	_	_	_	_	S	esso l	√l/F
Nato a (Comune)										Pr	DV.			GG	<del></del>			MM				A	AAA		$\perp$	Na Na	aziona	_ alità	╛					
																					/				/									
Residente a (Comu	ne)			Т								T	Т	7	Pr	ov.	٦	CA	AP			Τ		٦										
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)			_				_								_	_		<u> </u>			_		_		1		N.	civico	<del>-</del>	_	_	, _	_
Codice ISTAT		Codio	ce ASL				Codic	e Fiso	cale																					$\perp$			/ _	
RISERVATO	O ALL'AS	SIC	URA.	TO	)																													
Datore di lavo			GG	7		им 	/		AA	AA		7																						
Cognome e nome o					/	Ш	/ [					_																						
																												L		$\perp$				
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)	T		Т								Ī			Т									T		]		N.	civico				/ [	$\neg$
Comune				<del> </del>			_	_				+			_	_		_	_			_	<del>-</del>	_ <u>-</u> Р Г	rov.	, 	7						, _	
																								L										
Assicurato: Settore Lavora	ativo:		ipende gricolt			∃ Au ∃ Inc			ſ	¬ ^	rtigi	ian	ato			Duhl	alica	a Am	mi	niet	razi	ione	2			Sar	vizi	о Т	erzia	ario			Alt	ro
Descrizione attivi			_			_ 1110	usu	ıa	ı		uug	iaii	alu			ubi	JIICC	1 AIII		1131	ıazı	OH	-			Jei	VIZI	0 1	CIZI	סווג			, AII	10
Datori di lavoro p	recedenti con al	descr	izione s		etica del atore di			avora	ative	/mai	nsior		volte omun				1		Set	tore	Lav	ıora	tivo				Δtt	ività	Lave	orati	v2/N	lanci	ione	$\neg$
udi					atore ar	avore							Jiiiuii						-		La	VOIG					7111	IVILLA	Lavi		va/iv	iano		$\dashv$
																														_				
																																		$\dashv$
Situazione Lavor	ativa/Lavorazi	one/S	ostanza	a ch	e avreb	be de	term	nato	la m	nalat	tia						1																	
												GG	_	, _	ММ	_	, _		AAA	Α		7												
Quando è stata p	osta per la pri	ma vo	lta la di	agr	nosi dell	a mal	attia	in es	ame	?			/	L	GG	/	<u> </u>	MM				]	AAA											
Primo giorno di e	ventuale com	oleta a	stensio	ne	dal lavo	ro a c	causa	dell	a ma	alatti	a in	esa	ame		T	$\Box$	/ [	IVIIVI		/		Ĺ												
GG	MM			AAA								. 30		_		_ ′	_			-			•											
Data	] <b>/</b> [ ]	7/				]						Fir	rma d	lell'a	ssicı	ırato																		
Il sottoscritto fo	ornisce i sud	_ · detti d	dati ai i	fini	dell'ac	cess	o alle	e pre	estaz	zion	i ec										risc	ono	scin	ner	ito	di r	nala	ıttia	prof	iess	iona	ıle, p	orevi	ste
dalla normativa								•																										
												Fir	rma d	lell'a	ssic	ırato																		
DIAGNOSI																																		
La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro																																		
GG MM AAAA												Г	GG	7	<i>/</i>	ММ	٦	<i>/</i> 「	$\neg$	AA	AA	Т	$\neg$											
dal giorno / fino a tutto										utto	il	L		/	' L			/ _			<u> </u>													
Luogo		Τ		Т								I			$\top$	T	7	Г.	nto	4i ~:	laa-	io		GG	$\neg$	/		им_	7 /	' [	Τ	AAAA	<u> </u>	$\neg$
						1					1	1						Da	aia	ui fi	lasc	IU				1			/	L				

Timbro e Firma del Medico .....

Copia B - per l'Assicurato - TIP. INAIL - 3/2007

PAGINA 1



## **ASSICURATO:**

COGNC	ME															NC	ME										
ANAMN POSTUN					TIE PF	REGRE	SSE C	ONGEN	NITE C	O ACQ	(UISI	TE RIF	FERIT	1 O C	ONST/	ATATI,	con p	articol	are rit	erime	nto alla	a pat	tologia	in es	ame	SI	NO
Quali																											
□ Invali	do civilo			Pension	ato INII	DQ		☐ Altro	0																		
ACCER					ato iivi	-3		□ Aitii	0																		
																						_					
ANAMNI	ESI PAT	OLOG	ICA PRO	SSIMA																		—					
																						_					
ESAME	OBIETT	IVO CO	ON PART	COLA	RE RIF	ERIME	ENTO /	ALLA M	ALAT	TIA IN	IESA	AME															
																						—					
DIAGNO	SI																										
PRESCE	RIZIONI																										
CURA A Quale?	DOTTA	TA [	SI NO																								
ESAMI S	SPECIAI	LISTICI																									
ALTRO																											
Si presu	me inva	lidità pe	ermanent	e s	NO		Progno	osi risen	vata	P∈	ericol	o di vi	ta														
□ Rico\															П	Caso	mortal	e	Disp	osta a	utopsi	ia ſ	□ Nes	ssuna	delle į	orece	denti
OSSER																			2.00	0014	моро				400		
Luogo																Da	ta di ri	ascio		GG	]/	M	1M	/ [	A	AAA	
Codi	ce Medic	o o del P	residio Sa	nitario	_										_												
											٦	Timbro	o e Firi	ma de	l Med	ico											



# CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONTINUATIVO											DEF	INI	TIV	0					F	RIA	MN	/115	SS	IOI	NE	IN	TE	MF	POF	RA	NE	4
Cognome														me	_	_	_	_	_			_	_	_		_	_	_	_	_	_	S	esso l	√l/F
Nato a (Comune)										Pr	DV.			GG	<del></del>			MM				A	AAA		$\perp$	Na Na	aziona	_ alità	$\Box$					
																					/				/									
Residente a (Comu	ne)			Т								T	Т	7	Pr	ov.	٦	CA	AP			Τ		٦										
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)			_				_								_	_		<u> </u>			_		_		1		N.	civico	<del>-</del>	_	_	, _	_
Codice ISTAT		Codio	ce ASL				Codic	e Fiso	cale																					$\perp$			/ _	
RISERVATO	O ALL'AS	SIC	URA.	TO	)																													
Datore di lavo			GG	7		им 	/		AA	AA		7																						
Cognome e nome o					/	Ш	/ [					_																						
																												L		$\perp$				
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)	T		Т								Ī			Т									T		]		N.	civico				/ [	$\neg$
Comune				<del> </del>			_	_				+			_	_			_			_	<del>-</del>	_ <u>-</u> Р Г	rov.	, 	7						, _	
																								L										
Assicurato: Settore Lavora	ativo:		ipende gricolt			∃ Au ∃ Inc			ſ	¬ ^	rtigi	ian	ato			Duhl	alica	a Am	mi	niet	razi	ione	2			Sar	vizi	о Т	erzia	ario			Alt	ro
Descrizione attivi			_			_ 1110	usu	ıa	ı		uug	iaii	alu			ubi	JIICC	1 AIII		1131	ıazı	OH	-			Jei	VIZI	0 1	CIZI	סווג			, AII	10
Datori di lavoro p	recedenti con al	descr	izione s		etica del atore di			avora	ative	/mai	nsior		volte omun				1		Set	tore	Lav	ıora	tivo				Δtt	ività	Lave	orati	v2/N	lanci	ione	$\neg$
udi					atore ar	avore							Jiiiuii						-		La	VOIG					7111	IVILLA	Lavi		va/iv	iano		$\dashv$
																														_				
																																		$\dashv$
Situazione Lavor	ativa/Lavorazi	one/S	ostanza	a ch	e avreb	be de	term	nato	la m	nalat	tia						1																	
												GG	_	, _	ММ	_	, _		AAA	Α		7												
Quando è stata p	osta per la pri	ma vo	lta la di	agr	nosi dell	a mal	attia	in es	ame	?			/	L	GG	/	<u> </u>	MM				]	AAA											
Primo giorno di e	ventuale com	oleta a	stensio	ne	dal lavo	ro a c	causa	dell	a ma	alatti	a in	esa	ame		T	$\Box$	/ [	IVIIVI		/		Ĺ												
GG	MM			AAA								. 30		_		_ ′	_			-			•											
Data	] <b>/</b> [ ]	7/				]						Fir	rma d	lell'a	ssicı	ırato																		
Il sottoscritto fo	ornisce i sud	_ · detti d	dati ai i	fini	dell'ac	cess	o alle	e pre	estaz	zion	i ec										risc	ono	scin	ner	ito	di r	nala	ıttia	prof	iess	iona	ıle, p	orevi	ste
dalla normativa								•																										
												Fir	rma d	lell'a	ssic	ırato																		
DIAGNOSI																																		
La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro																																		
GG MM AAAA												Г	GG	7	<i>/</i>	ММ	٦	<i>/</i> 「	$\neg$	AA	AA	Т	$\neg$											
dal giorno / fino a tutto										utto	il	L		/	' L			/ _			<u> </u>													
Luogo		Τ		Т								I			$\top$	T	7	Г.	nto	4i ~:	laa-	io		GG	$\neg$	/		им_	7 /	' [	Τ	AAAA	<u> </u>	$\neg$
						1					1	1						Da	aia	ui fi	lasc	IU				1			/	L				

Timbro e Firma del Medico .....

Copia C - per il Datore di lavoro - TIP. INAIL - 3/2007

PAGINA 1

#### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**DENOMINAZIONE** Certificazione Medica di Malattia Professionale

NUMERO (identifica il modulo)

Mod. 5 SS

DESCRIZIONE

Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di malattia professionale da inviare all'INAIL e al datore di lavoro.

Il certificato è composto di due pagine.

### La pag. 1 è predisposta in tre copie:

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

#### Essa contiene:

- dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa, richiesta di accesso alle prestazioni economiche e sanitarie sottoscritti dall'assicurato;
- prognosi sottoscritta dal medico certificatore.

## La pag. 2 è predisposta in due copie:

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

#### 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 la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.

#### **QUANDO SI USA?**

quando un medico rileva una malattia associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale.

#### **NOTE**

Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.