

LA DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

Si informa che la modulistica per presentare all'INAIL la denuncia di malattia professionale è disponibile sul sito dell'INAIL

www.inail.it

www.inail.it/cms/assicurazione/modulistica/moduliprestazioni/101bis_2007.pdf

ASS5 "BASSA FRIULANA"

A Denuncia art. 139 T.U. DPR 1124/1965 art- 10 D.Lgs. 38/2000 (DM 14/01/08)

B Referto giudiziario ai sensi art. 365 c.p.

C Primo certificato medico di malattia professionale – Denuncia Art. 52 T.U.

1 Medico dichiarante (Cognome e nome)

Codice fiscale _____ n.
telefono _____

In qualità di _____

Residente Comune di _____ Prov. _____ presso la struttura _____

2

Assistito (cognome e nome) _____
Sesso M/F _____

Codice Fiscale _____ nato il ____ / ____ / ____

Comune di _____ Prov. _____ Nazionalità _____

Residente Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

ASL _____ Attualmente Lavoratore SI / NO _____

3 Datore di lavoro attuale (ragione sociale)

Settore di Lavoro _____
Sub settore di Lavoro _____

Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

4

Malattia _____
codice da DM 14.1.2008 _____

Lista _____ Agente / Lavorazione / Esposizione _____

5 Data prima diagnosi ____ / ____ / ____

Eventuale data abbandono lavoro ____ / ____ / ____

Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale ____ / ____ / ____

Datore di lavoro di possibile insorgenza patologia(ragione sociale se diversa da punto 3)

Settore di Lavoro _____ Sub settore di Lavoro _____

Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

6 Mansioni attività lavorativa:

_____ dal _____	
al _____	
Svolta quale Dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
7	Visita eseguita il ____ / ____ / _____, alle ore ____ presso: <input type="checkbox"/> ambulatorio proprio <input type="checkbox"/> domicilio assistito <input type="checkbox"/> altrove presso _____

Luogo e data

_____ / ____ / ____ / _____

IL MEDICO COMPILATORE

(firma e timbro)

Autorizzo invio diretto all'INAIL _____
(firma dell'assicurato)

ASS5 "BASSA FRIULANA"

8 INFORMAZIONI INTEGRATIVE									
ANAMNESI LAVORATIVA									
	Datore di lavoro (Ragione Sociale)	Indirizzo (Via, Comune, CAP)	Settore / Subsettore	Mansione Attività Lavorativa	Rischio	Periodo			
						dal		al	
						Mese	Anno	Mese	Anno
1									
2									
3									
4									
5									

ACCERTAMENTI SANITARI (da allegare nell'invio ad INAIL e SPSAL)			
	Accertamento	di data	Esito
1			
2			
3			

9	Note / Altre informazioni: <hr/>
10	<p>Il lavoratore è affetto da precedenti stati patologici? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (Se Sì indicarli qui sotto) Precedenti stati patologici _____</p> <p>E' invalido civile? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Percepisce rendita INAIL? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No E' pensionato INPS? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>Il lavoratore é/era sottoposto a sorveglianza sanitaria? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

Luogo e data

_____ / _____ / _____

IL MEDICO COMPILATORE

(firma e timbro)

ALCUNE ISTRUZIONI

Punto 1

Medico compilatore in qualità di: medico competente / curante / specialista in

Punto 3- 5 – 8

SETTORE

Utilizzare il codice ATECO ovvero il comparto come determinato dalla ricodifica della voce di tariffa INAIL

Gruppo ATECO	Comparto
A Agrindustria	00 Agricoltura
B Pesca	01 Agrindustria e pesca
C Estrazione minerali	02 Estrazioni minerali
DA Industria alimentare	03 Industria Alimentare
DB Industria tessile	04 Industria Tessile
DD Industria legno	05 Industria Conciaria
DE Industria carta	06 Industria Legno
DG Industria chimica	07 Industria Carta
DH Industria gomma	08 Industria Chimica e Petrolio
DI Industria non metalliferi	09 Industria Gomma
DJ Industria metalli	10 Ind. Trasf. Non metalliferi
DK Industria meccanica	11 Industria Metalli
DL Industria elettrica	12 Metalmeccanica
DM Industria mezzi trasporto	13 Industria Elettrica
DN Altre industrie	14 Altre industrie
E Elettricità gas acqua	15 Elettricità Gas Acqua
F Costruzioni	16 Costruzioni
G50 Commercio riparazione auto	17 Commercio
G51 Commercio ingrosso	18 Trasporti
G52 Commercio dettaglio	19 Sanita'
H Alberghi e ristoranti	20 Servizi
I Trasporti	21 Conto Stato
J Intermediazione finanziaria	
K Attività immobiliari	
L Pubblica amministrazione	
M Istruzione	
N Sanità	
O Servizi pubblici	

SUBSETTORE

Indicare il subsettore, qualora noto, come ottenuto dalla voce ATECO riportata per esteso nella misura camerale dell'Azienda

Punto 4

Riportare MALATTIA, LISTA, AGENTE / LAVORAZIONE / ESPOSIZIONE come indicate nel DM 14.1.2008

Punto 5

I dati del datore di lavoro sono riportati solo se diversi da quelli indicati al punto 3

Punto 8

Anamnesi lavorativa indicando ditte con possibile esposizione a rischi connessi alla patologia oggetto di segnalazione ad esclusione della ditta indicata al punto 5.