

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

**PRIMO**                 
  **CONTINUATIVO**                 
  **DEFINITIVO**                 
  **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome	Nome	Sesso M/F
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Nato a (Comune)	Prov.	GG          MM          AAAA
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Residente a (Comune)	Prov.	CAP
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Indirizzo (via, piazza, ecc.)		N. civico
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Codice ISTAT	Codice ASL	Codice Fiscale
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Datore di lavoro attuale dal

GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

 / 

Comune

Prov.

**Assicurato:**                 
  Dipendente     
  Autonomo  
**Settore Lavorativo:**     
  Agricoltura     
  Industria     
  Artigianato     
  Pubblica Amministrazione     
  Servizi o Terziario     
  Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame?

GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame

GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Data

GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Firma dell'assicurato .....

**Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente**

Firma dell'assicurato .....

DIAGNOSI

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro  SI  NO

dal giorno

GG	MM	AAAA		GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	fino a tutto il	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Luogo

Data di rilascio

GG	MM	AAAA
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Timbro e Firma del Medico .....



## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

**PRIMO**       **CONTINUATIVO**       **DEFINITIVO**       **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome	Nome	Sesso M/F
Nato a (Comune)	Prov.	GG
Residente a (Comune)	MM	AAAA
Indirizzo (via, piazza, ecc.)	Prov.	CAP
Codice ISTAT	Codice ASL	Codice Fiscale

N. civico     /    

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

<b>Datore di lavoro attuale dal</b>	GG	/	MM	/	AAAA

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)       N. civico     /    

Comune       Prov.    

**Assicurato:**       Dipendente       Autonomo

**Settore Lavorativo:**       Agricoltura       Industria       Artigianato       Pubblica Amministrazione       Servizi o Terziario       Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

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 GG MM AAAA

GG	/	MM	/	AAAA

Firma dell'assicurato .....

**Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente**

Firma dell'assicurato .....

**DIAGNOSI**

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro  **SI**  **NO**

dal giorno

GG	/	MM	/	AAAA

fino a tutto il

GG	/	MM	/	AAAA

Luogo       Data di rilascio

GG	/	MM	/	AAAA

Timbro e Firma del Medico .....



## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO     
  CONTINUATIVO     
  DEFINITIVO     
  RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome

Nome  Sesso M/F

Nato a (Comune)  Prov.  GG  /  MM  /  AAAA  Nazionalità

Residente a (Comune)  Prov.  CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Codice ISTAT  Codice ASL  Codice Fiscale

### RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal GG  / MM  / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)  N. civico  /

Comune  Prov.

**Assicurato:**     
  Dipendente     
  Autonomo

**Settore Lavorativo:**     
  Agricoltura     
  Industria     
  Artigianato     
  Pubblica Amministrazione     
  Servizi o Terziario     
  Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

dal	al	Datore di lavoro	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

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 GG  / MM  / AAAA

Firma dell'assicurato .....

**Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente**

Firma dell'assicurato .....

DIAGNOSI

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro  SI  NO

dal giorno GG  / MM  / AAAA  fino a tutto il GG  / MM  / AAAA

Luogo  Data di rilascio GG  / MM  / AAAA

Timbro e Firma del Medico .....

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

<b>DENOMINAZIONE</b>	Certificazione Medica di Malattia Professionale
<b>NUMERO (identifica il modulo)</b>	Mod. 5 SS
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>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.</p> <p><b>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'Assicurato;</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, anamnesi lavorativa, richiesta di accesso alle prestazioni economiche e sanitarie sottoscritti dall'assicurato;</li><li>• prognosi sottoscritta 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'INAIL;</li><li>- Copia B per l'Assicurato;</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 la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.
<b>QUANDO SI USA?</b>	quando un medico rileva una malattia associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale.
<b>NOTE</b>	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.