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. È composto di due pagine.

La pag. 1 è predisposta in tre copie:

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

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.



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONT	INUATIV)		DEFI	NITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA								
Cognome Nato a (Comune)						Nom	Prov.	GG	MM	Sesso M/F AAAA Nazionalità						
Residente a (Comur	ne)						Prov.	CAP								
Indirizzo (via, piazza		odice ASL		Codice Fisca	ale					N. civico						
RISERVATO	O ALL'ASS	ICURAT	о													
Datore di lavo						1 1										
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)									N. civico						
Comune									Prov.							
Assicurato: Settore Lavora Descrizione attivi	ativo:	Dipende Agricoltu	ra 🗆 In	utonomo dustria	☐ Artig	gianato	□ Pubb	olica Amminis	trazione 🗆 :	Servizi o Terziario □ Altro						
Datori di lavoro p	recedenti con de al		ntetica delle at Datore di lavoi		ive/mansio	oni svolte Comune		Settor	e Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione						
Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia																
Quando è stata p					me?	esame	GG /	/	AAAA							
Data GG	/ MM	/	AAA				ell'assicurato									
Il sottoscritto fo dalla normativa		ti dati ai fi	ni dell'access	so alle pres	stazioni ec				risconoscimento	di malattia professionale, previste						
La malattia produ	ice inabilità temp		oluta al lavoro AAAA	SI NO fino	a tutto il	GG			AAA							
Luogo								Data di r	ilascio GG	/ MM / AAAA						

Timbro e Firma del Medico

Copia A - per l'Assicurato - TIP. INAIL - 4/2005

PAGINA 1



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONT	INUATIV)		DEFI	NITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA								
Cognome Nato a (Comune)						Nom	Prov.	GG	MM	Sesso M/F AAAA Nazionalità						
Residente a (Comur	ne)						Prov.	CAP								
Indirizzo (via, piazza		odice ASL		Codice Fisca	ale					N. civico						
RISERVATO	O ALL'ASS	ICURAT	о													
Datore di lavo						1 1										
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)									N. civico						
Comune									Prov.							
Assicurato: Settore Lavora Descrizione attivi	ativo:	Dipende Agricoltu	ra 🗆 In	utonomo dustria	☐ Artig	gianato	□ Pubb	olica Amminis	trazione 🗆 :	Servizi o Terziario □ Altro						
Datori di lavoro p	recedenti con de al		ntetica delle at Datore di lavoi		ive/mansio	oni svolte Comune		Settor	e Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione						
Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia																
Quando è stata p					me?	esame	GG /	/	AAAA							
Data GG	/ MM	/	AAA				ell'assicurato									
Il sottoscritto fo dalla normativa		ti dati ai fi	ni dell'access	so alle pres	stazioni ec				risconoscimento	di malattia professionale, previste						
La malattia produ	ice inabilità temp		oluta al lavoro AAAA	SI NO fino	a tutto il	GG			AAA							
Luogo								Data di r	ilascio GG	/ MM / AAAA						

Timbro e Firma del Medico

Copia B - per l'INAIL - TIP. INAIL - 4/2005

PAGINA 1



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO									☐ DEFINITIVO						☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA															
Cognome			T	I		Т			Т	Т	7		Nom	ie					I		Τ	<u> </u>	T	\top		1	1	\neg	T	s	esso M/F
Nato a (Comune)									T]	Prov]		G G]/		MM		/[AAA	A		Na Na	azion	alità
Residente a (Comul															Prov]	CAP									N. civi				
Codice ISTAT	4, 600.)	Cod	ice AS	SL.			Co	odice F	iscale																	Ĺ	v. Civi				/
							L																								
RISERVATO ALL'ASSICURATO Datore di lavoro attuale																															
Cognome e nome o				1		_			_	_			1	1			_		_	1		_		_					_		
Indirizzo (via, piazza	a, ecc.)									L														_			N. civi	co		_	
Comune																							Pr	ov.		L					/ 📙
Assicurato:			 Diper	nden	te.		Auto	nome															L								
Settore Lavora	ativo:		Agric					ıstria			Artigi	ana	to] P	ubbl	ica .	Amm	ninis	traz	ione	e		S	ervi	zi o	Terz	ziaric)		Altro
Descrizione attivi	ità lavorativa	attuale	e (ma	nsior	ie)																										
Datori di lavoro p	recedenti co al	on desc	rizion		tetica Oatore			tà lavo	orative	e/ma	nsior		olte mune	!				S	ettor	e La	vora	tivo			F	∆ttivit	à La	vorat	iva/N	lans	ione
																												_			
Situazione Lavor	ativa/Lavora	zione/S	Sosta	nza c	he avr	ebbe	e dete	ermina	ito la i	mala	ittia																				
Quando è stata p	oosta per la	orima v	olta la	a diad	nosi d	lella i	malat	tia in e	esam	e?		G]/	_ N	1M] /		A.A	AAA		7										
Primo giorno di e											tia in e	esan	ne		G] /		им _	1		A	AAA	T								
GG	MI				AA														-		•	•	•								
Data	」/	/	L																												
Il sottoscritto fo dalla normativa		iddetti	dati	ai fir	ii dell'	acce	esso	alle p	oresta	azior	ni eco															alatti	a pro	ofess	siona	ile, į	oreviste
												Firn	na de	ell'ass	sicur	ato															
La malattia produ	ice inabilità	tempor MM	anea	asso	luta al AAA		ro [√O fino a	tutto	o il		GG] /		им] /		AA	AAA	Τ	٦									
Luogo			_ ′	_			<u> </u>		o a	T		_	<u> </u>	. <i>'</i>			. <i>*</i> 1				-		GG T	_	, _	MM	<u></u>	, _		AAA/	A
				<u> </u>]	Data	a di r	ilasc	io				/ <u>L</u>			/			

Timbro e Firma del Medico

Copia C - per il Datore di lavoro - TIP. INAIL - 4/2005

PAGINA 1

INCIL

ASSICURATO:

COGNOME NOME
ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE CONGENITE O ACQUISITE RIFERITI O CONSTATATI, con particolare riferimento alla patologia in esame
Quali
☐ Invalido civile ☐ Pensionato INPS ☐ Altro
ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA
ESAME OBIETTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA MALATTIA IN ESAME
DIAGNOSI
PRESCRIZIONI
CURA ADOTTATA SI NO
CURA ADOTTATA SI NO Quale?
ESAMI SPECIALISTICI
ALTRO
Si presume invalidità permanente SI NO
☐ Ricovero ospedaliero presso
OSSERVAZIONI DEL MEDICO
Luogo GG MM AAAA Data di rilaccio
Data di rilascio
Codice Medico o del Presidio Sanitario
Timbro e Firma del Medico



ASSICURATO:

COGN	IOME															NO	OME										
	NESI PA T JMI DI AL				TTIE PI	REGRE	SSE C	ONGEN	ITE O	ACQL	JISIT	E RIF	ERITI	0 00	NSTA	TATI	, con p	artico	olare	riferin	nento	alla	patolo	gia in	esam	e [S	SI NO
Quali																											
☐ Inva	alido civile			Pension	nato IN	PS		☐ Altro																			
ACCEF	RTAMEN	ΓΙ GIÀ Γ	PRATIC	ATI																							
MANA	NESI PAT	OLOG	ICA PRO	OSSIMA																							
ESAM	E ODIETT			TICOL A	DE DIE	EDIME	ENTO /	\	LATT	1A INI I	ECAN	ME]
ESAIVIE	E OBIETT	100 00	JIN FAR	TICOLA	INE KII	EKIIVIE	ENTOF	ALLA IVIA	LATI	IA IIV I	ESAI	IVIE															
DIA ON	1001																										
DIAGN	IOSI																										
PRESC	CRIZIONI																										
CURA	ADOTTA	TA [SI NO																								
Quale?																											
ECAM!	CDECIAI	ICTICI																									
ESAIVII	SPECIAL	-151101																									
ALTRO)																										
C: prop		م خداما		40 ES	SI NO		Drogno	ai riaan	oto.		iaala	مان الم															
	ume inva			_		_'		osi riserv								_											
	overo osp RVAZION															Caso	morta	le [] Dis	posta	auto	opsia		Vessi	ına de	lle pred	cedenti
00021	TTALION	IDELI	ILDIOC	<u>'</u>																							
Luogo																Da	ıta di r	ilascio	。 [GG	_	/ [MM]/		AAAA	
	dice Medic	0 40 0	racidio C	anitaria	•							•	•						٠							-	
	alce ivieuici	J G del P	1031010 5	armano																							
		- '									Ti	imbro	e Firm	na del	l Medi	co											