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.

INAIL

Mod. 5 SS

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

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 risconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato .....

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 .....

INAIL

Mod. 5 SS

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

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 risconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato .....

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 .....

INAIL

Mod. 5 SS

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

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 risconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato .....

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 .....

INAIL

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 SI NO

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

Quale?

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO ☐ Prognosi riservata ☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso ..... ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Codice Medico o del Presidio Sanitario

Timbro e Firma del Medico .....

INAIL

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 SI NO

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

Quale?

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO ☐ Prognosi riservata ☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso ..... ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Codice Medico o del Presidio Sanitario

Timbro e Firma del Medico .....