

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

<b>DENOMINAZIONE</b>	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
<b>NUMERO (identifica il modulo)</b>	Mod. 1 SS
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio da inviare all'INAIL e al datore di lavoro. 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'assicurato;</li><li>- Copia B per l'INAIL;</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, cause e circostanze dell'evento 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'assicurato;</li><li>- Copia B per l'INAIL;</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 lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.
<b>QUANDO SI USA?</b>	quando un medico rileva uno stato di inabilità temporanea al lavoro, o la cessazione dello stesso, derivato da lesioni riportate a seguito di un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo.
<b>NOTE</b>	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M/F

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Provv. GG MM AAAA Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Provv. CAP \_\_\_\_\_

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

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASL GG MM AAAA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in (Comune o Stato Estero) \_\_\_\_\_

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG MM AAAA \_\_\_\_\_

### RISERVATO ALL'ASSICURATO

#### Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

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

Comune \_\_\_\_\_

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

#### Attività lavorativa attuale (mansione)

\_\_\_\_\_

#### Attività lavorative precedentemente svolte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG MM AAAA \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Data GG MM AAAA \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato .....

#### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

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 INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M/F

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Provv. GG MM AAAA Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Provv. CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASL \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

GG MM AAAA in (Comune o Stato Estero) \_\_\_\_\_

L'EVENTO È AVVENUTO IL \_\_\_\_\_

### RISERVATO ALL'ASSICURATO

#### Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

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

Attività lavorativa attuale (mansione) \_\_\_\_\_

Attività lavorative precedentemente svolte \_\_\_\_\_

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio \_\_\_\_\_

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il \_\_\_\_\_ GG MM AAAA alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ GG MM AAAA      Firma dell'assicurato .....

#### PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno \_\_\_\_\_ GG MM AAAA fino a tutto il \_\_\_\_\_ GG MM AAAA

Luogo \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ GG MM AAAA

Timbro e Firma del Medico .....





