



101B11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

**DENUNCIA DI SILICOSI
E ASBESTOSI**

All'INAIL di

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile

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

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)

Contratto collettivo naz. GG MM AAAA PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L. Data di assunzione: GG - MM - AAAA

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta C/C Codice Fiscale

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

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI

INAIL

SEZIONE 1 - LAVORATORE

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

Empty text box for work and substance details.

PERIODO DI ESPOSIZIONE

Form for exposure period with fields for DAL (GG, MM, AAAA) and AL (GG, MM, AAAA).

Table with columns: MANSIONI, NATURA ROCCIA, SILICE LIBERA (SI, NO), AMIANTO (SI, NO), NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI.

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty text box for safety and prevention measures.

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

Empty text box for doctor name if visited.

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?) SI NO

Empty text box for doctor name if visited by employer.

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

Form for visit dates with fields for GG, MM, AAAA.

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

		/		/								
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

DENUNCIA DI SILICOSI E ASBESTOSI

All'INAIL di

Cognome	Nome

Codice Fiscale	Nato a

GG	MM	AAAA	Stato di nascita	Cittadinanza	Sesso	Stato civile
						(1) (2)

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

Comune	Prov.	Cap

Codice ISTAT Comune	Codice ASL	Telefono (Prefisso/Numero)	Tipologia di lavoro
			(3) (4)

Professione o Mestiere (5)	Qualifica (6)

Contratto collettivo naz.	GG	MM	AAAA	PERSONE A CARICO	PARENTE DEL D.L.	Data di assunzione: GG - MM - AAAA
				SI NO	SI NO	

Posizione assicurativa territoriale	C/C	Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta	C/C	Codice Fiscale

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

Comune	Prov.	Cap

Codice ISTAT Comune	Telefono (Prefisso/Numero)	Località dei lavori

Lavorazione svolta	Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio Al lavoratore presso la sede dell'impresa Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

 DAL

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

 DAL

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

AL

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

 AL

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

MANSIONI	NATURA ROCCIA	SILICE LIBERA		AMIANTO		NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI
		SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO?

ORE	
-----	--

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE

GG	
MM	

 /

GG	
MM	

 /

AAAA			
------	--	--	--

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

--

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

--

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

GG		MM		AAAA			

GG		MM		AAAA			

GG		MM		AAAA			

DATA TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI

**101B11**

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

**DENUNCIA DI SILICOSI
E ASBESTOSI**

All'INAIL di

Cognome										Nome									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Codice Fiscale										Nato a									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
GG	MM	AAAA	Stato di nascita				Cittadinanza				Sesso	Stato civile							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/> (1) <input type="text"/> (2)							
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										N. civico									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Comune										Prov.	Cap								
<input type="text"/>										<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Codice ISTAT Comune			Codice ASL		Telefono (Prefisso/Numero)					Tipologia di lavoro									
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>					<input type="text"/> (3) <input type="text"/> (4)									
Professione o Mestiere (5)										Qualifica (6)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Contratto collettivo naz.		GG	MM	AAAA	PERSONE A CARICO		PARENTE DEL D.L.		Data di assunzione: GG - MM - AAAA										
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> SI <input type="text"/> NO		<input type="text"/> SI <input type="text"/> NO		<input type="text"/>										

Posizione assicurativa territoriale				C/C	Cognome e nome o ragione sociale									
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Codice Ditta				C/C	Codice Fiscale									
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										N. civico				
<input type="text"/>										<input type="text"/>				
Comune										Prov.	Cap			
<input type="text"/>										<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Codice ISTAT Comune			Telefono (Prefisso/Numero)			Località dei lavori								
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>								
Lavorazione svolta					Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta									
<input type="text"/>					<input type="text"/>									

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

Empty rectangular box for work and substance details.

PERIODO DI ESPOSIZIONE

Form for exposure period with fields for DAL (GG, MM, AAAA) and AL (GG, MM, AAAA) repeated three times.

Table with 5 columns: MANSIONI, NATURA ROCCIA, SILICE LIBERA (SI, NO), AMIANTO (SI, NO), NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI.

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty rectangular box for safety and prevention measures.

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

Empty rectangular box for name of the doctor.

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?)

SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

Empty rectangular box for name of the doctor.

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

Form for visit dates with fields for GG, MM, AAAA repeated twice.

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

**TABELLA LAVORAZIONI PER LE QUALI E' PREVISTA L'ASSICURAZIONE
CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI (allegato n. 8 al T.U., emanato con D.P.R. 1124/1965)**

“Silicosi”

- a) Lavori nelle miniere e cave in sotterraneo e lavori in sotterraneo in genere, lavori nelle miniere e cave a cielo aperto e lavori di scavo a cielo aperto, in presenza di roccia contenente silice libera.
- b) Lavori di frantumazione, macinazione, manipolazione di rocce, materiali ed abrasivi contenenti silice libera o che comunque espongono alla circolazione di polvere di silice libera
- c) Taglio, lavorazione, preparazione, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, adattamento in opera delle rocce e di altri materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera, taglio, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, eseguiti con impiego di materiali contenenti silice libera (escluse le operazioni di mola utensili, aventi carattere occasionale) o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- d) Produzione di mole e abrasivi in genere, di refrattari, di ceramiche, di cemento e del vetro limitatamente alle operazioni su materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- e) lavori nelle industrie siderurgiche, metallurgiche, meccaniche, nei quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- f) Produzione di laterizi, comprese le cave di argilla, ed altre lavorazioni nelle quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.

“Asbestosi”

Estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportano impiego ed applicazioni di amianto o di materiali che lo contengono o che comunque espongono alla inalazione di polvere di amianto.

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)

(4)

(5) Professione o mestiere

A = Dipendente
B = Autonomo senza dipendenti
C = Autonomo con dipendente
D = Coadiuvante familiare
E = Socio
F = Parasubordinato
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno
2 = Indeterminato a tempo parziale
3 = Determinato a tempo pieno
4 = Determinato a tempo parziale
5 = Stagionale
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname,
cassiere, operatore addetto a..., montatore di...,
installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.

01 = Dirigente
02 = Direttivo-quadro
03 = Impiegato o intermedio
04 = Operaio specializzato
05 = Operaio comune
06 = Sovrintendente
07 = Lavoratore a domicilio
08 = Viaggiatore - piazzista
09 = Medico radiologo
10 = Detenuto

11 = Ricoverato in casa di cura
12 = Religioso/a
13 = Artigiano
14 = Esercente attività commerciale
15 = Apprendista artigiano
16 = Apprendista non artigiano
17 = Tirocinante
18 = Contratto formazione lavoro
19 = Borsista
20 = Stagista

21 = Piano inserimento professionale
22 = Allievo corsi qualificazione
23 = Istruttore corsi qualificazione
24 = Studente
25 = Sportivo professionista
26 = Addetto a lavoro socialmente utile

99 = Altro (indicare in chiaro)