



101A11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal data section: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Tipologia di lavoro, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Data di assunzione.

Employer data section: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Reimbursement data fields: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Change in bases field: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Additional elements fields: Importo straordinario E, Importo festività lavorate di domenica F, Importo prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo diaria trasferta H, Importo somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo fest. soppr. non trasf. in ferie L, Importo M, N, O, P, R, S, T, U, Accantonamento cassa edile, Ferie (comprensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale field



101A12

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) []

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

[]

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG MM AAAA [] / [] / []
PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG MM AAAA [] / [] / []

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

[]

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG MM AAAA [] / [] / [] DAL GG MM AAAA [] / [] / [] DAL GG MM AAAA [] / [] / []
AL GG MM AAAA [] / [] / [] AL GG MM AAAA [] / [] / [] AL GG MM AAAA [] / [] / []

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA [] / [] / []

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO [] []

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA [] [] [] [] []

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO [] []

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 (PERIODICHE, O 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 [] / [] / [] GG MM AAAA [] / [] / []

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form for worker details: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Tipologia di lavoro, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Data di assunzione.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta.

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Form for retributive data: Oraria, Ore Sett., Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for retributive base changes: Importi, Ore Sett., GG, MM, AAAA, GG, MM, AAAA.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for additional retributive elements: Importo: straordinario, Importo: festività lavorate di domenica, Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio, Importo: diaria trasferta, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc., Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav., Ferie (comprensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie), Importo, Importo, Accantonamento cassa edile, In %, Oppure, Giorni.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Form for total sum: Totale generale



101A12

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) []

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

[]

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG MM AAAA [] / [] / []
PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG MM AAAA [] / [] / []

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

[]

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG MM AAAA [] / [] / [] AL GG MM AAAA [] / [] / []
DAL GG MM AAAA [] / [] / [] AL GG MM AAAA [] / [] / []
DAL GG MM AAAA [] / [] / [] AL GG MM AAAA [] / [] / []

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA [] / [] / []

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO [] []

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA [] [] [] [] []

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO [] []

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 (PERIODICHE, O 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 [] / [] / [] GG MM AAAA [] / [] / []

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form for worker details: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Tipologia di lavoro, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Data di assunzione.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form for employer details: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Form for retributive data: Oraria, Ore Sett., Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for retributive base changes: Importi, Ore Sett., GG, MM, AAAA, GG, MM, AAAA.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for additional retributive elements: Importo straordinario, Importo festività lavorate di domenica, Importo prestazioni in natura vitto e alloggio, Importo di diaria trasferta, Importo somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc., Importo fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav., Importo tredicesima mensilità, Importo premio di produzione, Importo altre mensilità aggiuntive, Importo ferie, Accantonamento cassa edile, Totale generale.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Grid for total sum

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI



101A12

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)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG / MM / AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG / MM / AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG / MM / AAAA DAL GG / MM / AAAA DAL GG / MM / AAAA

AL GG / MM / AAAA AL GG / MM / AAAA AL GG / MM / AAAA

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG / MM / AAAA

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

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 (PERIODICHE, O 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 GG / MM / AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

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

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di Malattia Professionale deve essere **sempre** presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro 5 giorni dalla data in cui ha ricevuto il certificato medico riferito alla malattia stessa.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Si ricorda che il LAVORATORE:

- deve informare il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) della malattia professionale contratta entro 15 gg. dal manifestarsi dei primi sintomi per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. 1124/1965).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

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.

AGRICOLTURA

01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente
05 = Operaio comune	15 = Esercente attività artigianale	25 = Sportivo professionista
06 = Sovraintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante	
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro	
09 = Medico radiologo	19 = Borsista	
10 = Detenuto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del partecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del partecipante
11 = Compartecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

						1	3	4
--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---

(9) Solo per le Aziende Agricole

Descrivere la lavorazione svolta dal lavoratore che si presume sia stata la causa dell'insorgenza della Malattia Professionale. In caso di dubbio, indicare tutte le lavorazioni svolte (ad es.: irrogazione con anticrittogamici del vigneto, custodia e rigoverno degli animali, raccolta e conservazione di foraggi, taglio e trasporto del legname, carbonizzazione della legna, ecc.).