

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	□ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA								
Cognome		Nome	Sesso M/F								
Nato a (Comune)		Prov. G	GG MM AAAA Nazionalità								
Domiciliato in (Comune)		Prov. CAP									
Indirizza (via piazza acca)			N. civico								
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'A	SSICURATO										
Datore di lavoro attuale											
Cognome e nome o ragione socia	ile										
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico								
Comune											
Settore Lavorativo											
DIAGNOSI											
PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro											
GG MM AAAA GG MM AAAA											
dal giorno											
☐ È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009											
Luogo			GG MM AAAA								
		Data	a di rilascio								

Timbro e Firma del Medico

Copia A - per l'INAIL - TIP. INAIL - 12/2009

PAGINA 1

INCIL

ASSICURATO:

COGNO	OME														_	NOME									
												,			-										
SINTES	IDELL	ESAME	OBIETT	TIVO																					
CINTLO	, DLLL	LOAME	. OBILT																						
DIACNI	201																								
DIAGNO	J31																								
		o. ì -		- .																					
ACCER	IAMEN	III GIA I	PRATICA	VII.																					
PPEGG	DIZION																								
PRESC	RIZION	l																							
ESAMI	SPECIA	LISTICI																							
ALTRO																									
0:		P. P.C		e Si	I NO		_			_ 5															
Si presu	me inva	ilidita pe	rmanent	e [o			Progn	osi rise	rvata	□ Pe	ricolo c	ii vita													
☐ Rico	vero osp	oedaliero	o presso											[Cas	so morta	le 🗆] Dispo	sta a	utopsia	a 🗆	Nessu	una de	lle pre	cedenti
DATLAL	NAMNE	STICI P	IFERITI	ΔΙΙ' Ε \	/ENTO																				
POSTU Quali	MI DI A	LTRE LE	ESIONIC) MALA	TTIEF	PREGF	RESSE	RIFER	ITI O (CONST	ATATI		SI	10											
Guan																									
☐ Inval	ido civil	е		Pensior	nato IN	PS		☐ Alt	tro																
OSSER	VAZIO	II DEL I	MEDICO																						
Luogo	 									 					1			_	GG	7 /	MM	1	,	AAA	<u> </u>
																Data di	rilascio	, L]/[/			
Cod	ice Medic	o o del P	residio Sa	nitario	7																				

Timbro e Firma del Medico

Copia A - per l'INAIL - TIP. INAIL - 12/2009



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	☐ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA						
Cognome Nato a (Comune) Domiciliato in (Comune) Indirizzo (via, piazza, ecc.) Codice ISTAT	Codice ASL Codice Fiscale	Nome Prov. Prov. CA	Sesso M/F GG MM AAAA Nazionalità N. civico						
L'EVENTO È AVVENUTO IL	GG MM AAAA	in (Comune o Stato Estero)							
RISERVATO ALL'ASSICURATO Datore di lavoro attuale Cognome e nome o ragione sociale									
Indirizzo (via, piazza, ecc.) Comune			N. civico / / / / / /						
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 AAAA alle ore alle o									
DIAGNOSI PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro dal giorno Birma dell'assicurato									
ai sensi del D.Lgs. n. 1 Luogo			ata di rilascio						

Timbro e Firma del Medico

Copia B - per l'Assicurato - TIP. INAIL - 12/2009

PAGINA 1



ASSICURATO:

COGNO	DME														NOME									
			- '		'																		-	
SINTES	I DELL'	ESAME	OBIET	TIVO																				
DIAGNO	osi																							
		,																						
ACCER	TAMEN	TI GIA F	PRATICA	ATI																				
PRESC	RIZIONI																							
ESAMI	SPECIA	LISTICI																						
ALTRO																								
Si presu	me inva	lidità pe	rmanent	e s	I NO	□ F	rognos	si riserv	ata [Peric	olo di vi	ita												
□ D:		1:												^			- D:							
Rico	vero osp	edallerd	presso											Ca	aso mort	tale [_ Dis	posta a	autopsia	a 📙 I	vessun	a delle	prece	aenti
DATI AI	NAMNE	STICI R	IFERITI	ALL'E\	VENTO)																		
POSTU Quali	MI DI AL	TRE LE	ESIONI	O MALA	ATTIE P	REGRE	ESSE R	RIFERIT	II O CC	ONSTA	TATI	SI	NO											
☐ Inval	ido civile)		Pension	nato IN	PS		☐ Altro	0															
OCCED	V A 710N	1 DEL 1	4EDICO																					
OSSER	VAZION	I DEL I	MEDICO																					
Luogo														\neg			Γ	GG	7 / [MM	¬ ,	/	AAAA	
															Data d	i rilasc	io		/ [/			
Cod	ice Medic	o o del P	residio Sa	nitario	\neg																			
											Timbr	o o Ein	ma dal I	Modica										



CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	☐ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA						
Cognome		Nome	Sesso M/F						
Nato a (Comune)		Prov.	GG MM AAAA Nazionalità						
Domiciliato in (Comune)		Prov. CAI							
Domicinate in Cosmune)									
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'AS	SSICURATO								
Datore di lavoro attuale									
Cognome e nome o ragione sociale									
Indirizzo (via, piazza, ecc.)			N. civico						
Comune									
Contine									
Settore Lavorativo									
DIAGNOSI									
PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro									
GG MM AAAA GG MM AAAA									
dal giorno	fino a tutto il								
☐ È necessaria l'effettuazione di una visita medica, da parte del medico competente, prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009									
Luogo		Dat	ta di rilascio						

Timbro e Firma del Medico

Copia C - per il Datore di lavoro - TIP. INAIL - 12/2009

PAGINA 1

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE

Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo

NUMERO

(identifica il modulo)

Mod. 1 SS

DESCRIZIONE

Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.

I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'INAIL corredato da apposita denuncia. Il certificato è composto di due pagine.

La pag. 1 è predisposta in tre copie:

- Copia A per l'INAIL;
- Copia B per l'assicurato;
- Copia C per il datore di lavoro.

Essa contiene:

- dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato:
- diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore.

La pag. 2 è predisposta in due copie:

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

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 lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.

QUANDO SI USA?

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.

NOTE

Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.