

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Numero protocollo certificato

Identificativo certificato

Utente

Data e ora invio

Origine

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nazione di nascita

Cittadinanza

Sesso

Data di nascita

Comune di nascita

Provincia

Cod. Istat

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Presso

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

Telefono abitazione

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE

Data dell'evento

Ora dell'evento

LUOGO DELL'EVENTO

Luogo/Località dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

Cod. Istat

DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE

Data di abbandono

Ora di abbandono

Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore

DATI SANITARI

Data della visita

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza
dell'evento

Riscontro
diagnostico

Autopsia giudiziaria

DIAGNOSI

INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal

fino a tutto il

Ricovero ospedaliero

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ESAME OBIETTIVO

**ESITI DI ALTRE LESIONI
O MALATTIE PREGRESSE**

☐

Indicare quali

**INVALIDITA'
RICONOSCIUTE**

☐

Indicare quali

OSSERVAZIONI

DATI DEL MEDICO CERTIFICATORE

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	In qualità di	<input type="text"/>
Struttura di appartenenza	<input type="text"/>		
Identificativo certificato utente	<input type="text"/>		
Comune di rilascio	Provincia di rilascio	Data di rilascio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	