

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: **IND** **AGR**

N. FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON É IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo

Cognome _____ Nome _____ Sesso M / F

Nato a (Comune) _____ GG _____ MM _____ AA _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

Residente a (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ Numero Civico _____ / _____

COD. ISTAT _____ COD. USL _____ l'evento è avvenuto il GG _____ MM _____ AA _____ in (Comune) _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo _____ Ragione sociale _____

Indirizzo _____ CAP _____ COMUNE _____ Prov. _____

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri _____ Data e firma dell'infortunato _____

CERTIFICATO MEDICO 5217746 **PRIMO** **CONTINUATIVO** **DEFINITIVO**

Infortunato (cognome e nome) _____ Codice fiscale _____

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG _____ MM _____ AA _____ alle ore _____

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)

per giorni _____ riprende lavoro il GG _____ MM _____ AA _____

pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero NO SI se SI, presso _____

esami specialistici _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
per favore non uscire da questa zona

Codice del medico o del presidio sanitario _____ Luogo e data del rilascio _____

Si tratta di ricaduta? NO SI

eventuali osservazioni _____

VISTO DEL MEDICO NO SI

DATA _____ FIRMA _____

TIMBRO DI ARRIVO