

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 \_\_\_\_\_

Codice del medico o del presidio sanitario \_\_\_\_\_

Luogo e data del rilascio \_\_\_\_\_

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

Si tratta di ricaduta?  NO  SI

eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

VISTO DEL MEDICO  NO  SI

DATA

FIRMA

TIMBRO DI ARRIVO