INAIL

Mod. 1 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ **PRIMO** ☐ **CONTINUATIVO** ☐ **DEFINITIVO** ☐ **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome

Nome

Sesso M/F

Nato a (Comune)

Prov.

GG / MM / AAAA

Nazionalità

Residente a (Comune)

Prov.

CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico /

Codice ISTAT

Codice ASL

Codice Fiscale

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.)

N. civico /

Comune

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 GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato .....

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico .....

INAIL

ASSICURATO:

COGNOME

NOME

SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO

DIAGNOSI

ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

PRESCRIZIONI

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO ☐ Prognosi riservata ☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso ..... ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO

Quali

☐ Invalido civile ☐ Pensionato INPS ☐ Altro .....

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Codice Medico o del Presidio Sanitario

Timbro e Firma del Medico .....

INAIL

Mod. 1 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ **PRIMO** ☐ **CONTINUATIVO** ☐ **DEFINITIVO** ☐ **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome

Nome

Sesso M/F

Nato a (Comune)

Prov.

GG / MM / AAAA

Nazionalità

Residente a (Comune)

Prov.

CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

Codice ISTAT

Codice ASL

Codice Fiscale

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.)

N. civico

Comune

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 GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato .....

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico .....

INAIL

ASSICURATO:

COGNOME

NOME

SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO

DIAGNOSI

ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

PRESCRIZIONI

ESAMI SPECIALISTICI

ALTRO

Si presume invalidità permanente SI NO ☐ Prognosi riservata ☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso ..... ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti

DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI SI NO

Quali

☐ Invalido civile ☐ Pensionato INPS ☐ Altro .....

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Codice Medico o del Presidio Sanitario

Timbro e Firma del Medico .....

INAIL

Mod. 1 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ **PRIMO** ☐ **CONTINUATIVO** ☐ **DEFINITIVO** ☐ **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

Cognome

Nome

Sesso M/F

Nato a (Comune)

Prov.

GG / MM / AAAA

Nazionalità

Residente a (Comune)

Prov.

CAP

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico /

Codice ISTAT

Codice ASL

Codice Fiscale

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.)

N. civico /

Comune

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 GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato .....

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo

Data di rilascio GG / MM / AAAA

Timbro e Firma del Medico .....

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.