

INAIL

Certificati medici di malattia professionale online

Manuale utente

Versione 1.1



Tabella delle versioni

Versione manuale	Versione applicativo	Data	Sezione/sottosezione e/o pagina aggiornata	Descrizione modifica
V1.0		22/03/2016		Nascita del documento
V1.1		08/11/2016	4.2 Anamnesi lavorativa – Rischio con Lista associata	Inseriti almeno 5 caratteri nel campo “Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia)”, vengono mostrati gli agenti corrispondenti al testo inserito con la specifica della Lista del D.M. 2009 alla quale ogni agente è correlato
			4.3 Malattia professionale – Nuovi controlli	Inseriti i controlli sui campi “La malattia ha causato la morte?” e “Disposizione autopsia?”, valorizzabili a “SI” solo se è stata inserita la “Data morte” nella sezione “Dati anagrafici” del lavoratore
			4.6 Pagina di conferma dell’invio a Inail – Nuovi PDF scaricabili	Il servizio fornisce adesso anche i PDF della Denuncia/segnalazione di malattia professionale su modello 92bis ex-art. 139 e del referto medico, scaricabili a seguito dell’invio del certificato
			4.7 PDF Scaricabili – Nuovi PDF	Adeguato il modello per il consenso del lavoratore e inserite le sezioni per i due nuovi PDF: Denuncia/Segnalazione di malattia professionale su modello 92bis ex-art. 139 - Referto medico

Indice

TABELLA DELLE VERSIONI	2
INDICE	3
1. INTRODUZIONE	4
2. ACCESSO ALL'APPLICAZIONE ONLINE	5
3. DASHBOARD DEI CERTIFICATI DELL'UTENTE	6
3.1. ULTIMI CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE IN BOZZA	7
3.2. RICERCA CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE INVIATI	7
4. NUOVO CERTIFICATO ONLINE	8
4.1. DATI DEL LAVORATORE	8
4.1.1. <i>Dati Anagrafici</i>	8
4.1.2. <i>Residenza e domicilio</i>	9
4.1.3. <i>Contatti</i>	9
4.1.4. <i>Indietro</i>	10
4.1.5. <i>Salva Bozza</i>	10
4.1.6. <i>Continua</i>	10
4.2. ANAMNESI LAVORATIVA	10
4.2.1. <i>Tasto Cerca Professione</i>	14
4.3. MALATTIA PROFESSIONALE	15
4.3.1. <i>Ricerca malattia diagnosticata nell'elenco del D.M. 2009</i>	15
4.3.2. <i>Ricerca malattia diagnosticata non presente nell'elenco del D.M. 2009</i>	16
4.3.3. <i>Tasto Aggiungi malattia</i>	17
4.4. ANAMNESI	17
4.5. DATI CERTIFICATO	19
4.5.1. <i>Allegati</i>	21
4.5.2. <i>Tasto Anteprima PDF</i>	21
4.5.3. <i>Tasto Invia</i>	22
4.6. PAGINA DI CONFERMA DELL'INVIO AD INAIL	22
4.7. PDF SCARICABILI	22
4.7.1. <i>PDF per consenso e firma del lavoratore</i>	23
4.7.2. <i>Copia PDF del certificato per il lavoratore</i>	24
4.7.3. <i>Copia PDF del certificato per il datore di lavoro</i>	28
4.7.4. <i>PDF della Denuncia/segnalazione ex-art.139 mod.92bis</i>	31
4.7.5. <i>PDF del referto medico art. 365 c.p.</i>	33

1. Introduzione

Certificati di malattia professionale (di seguito certificati MP) con questa locuzione viene denominato l'applicativo dedicato alle strutture ospedaliere e ai medici accreditati in INAIL per la creazione online e l'invio del certificato di malattia professionale ad INAIL.

Attraverso l'utilizzo del servizio online si mira a perseguire i seguenti obiettivi previsti dal decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 (Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183. GU Serie Generale n.221 del 23/09/2015 - Suppl. Ordinario n. 53):

- adempimento all'obbligo di trasmissione esclusivamente telematica del certificato MP a carico del medico che presta la prima assistenza;
- assolvimento, per le malattie professionali indicate nell'elenco di cui all'art.139 del d.P.R. 1124/1965, dell'obbligo di trasmissione della denuncia di cui al medesimo art.139 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, di cui all'art.10 comma5 del DLgs. 38/2000.

Per poter accedere all'applicativo, gli utenti devono essere preventivamente registrati in INAIL come appartenenti ad uno dei seguenti gruppi di utenti:

- Struttura ospedaliera,
- Medico Esterno (medico di base),
- Medico Ospedaliero

ed aver ricevuto da INAIL utenza e password per accedere alla procedura di invio dei certificati MP online.

Tramite l'applicativo è possibile compilare un certificato di malattia professionale ed inviarlo all'Inail. Ai fini della correlazione delle malattie con i fattori di rischio, il sistema attualmente utilizza quale riferimento il Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale dell'11 dicembre 2009, anche ai fini dell'inoltro al Registro delle malattie lavoro correlate, ferma restando la possibilità di certificare anche malattie che non risultano espressamente inserite nel predetto Decreto.

2. Accesso all'applicazione online

L'accesso all'applicazione avviene tramite portale INAIL inserendo le credenziali, "Nome utente" e "Password", e, nel caso di multiprofilo come in figura, scegliendo anche il ruolo con il quale lavorare.

[Home](#) > [Scelta profilo](#)

Scelta Profilo

Per poter proseguire la navigazione, selezionare un ruolo

<input type="radio"/> Medico Ospedaliero	Codice Fornitore Padre : 59458 - DGRLDN52R41E974Q
<input type="radio"/> Utenti dell'applicazione	Tipo Utente CruscottoMC : MEDICO COMPETENTE codice ASL : Codice regionale istat :

CONFERMA

Eseguito l'accesso al portale, si seleziona la voce **Servizi on line** e, dal menù dei servizi dedicati al ruolo scelto, la voce **Certificati medici > Certificati medici di malattia professionale**. Viene quindi mostrata la prima pagina dell'applicazione.

I miei servizi

Nuovo certificato online

Tutti i certificati

ULTIMI CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE IN BOZZA

Elementi per pagina 10

Ultima modifica	Lavoratore	Codice Fiscale	N° Certificato	
18/03/2016	ALESSANDRO GARAU	GRALSN76R14G2071	000000107	

<< 1 >>

RICERCA CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE INVIATI

Codice Fiscale	N° certificato
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° protocollo	Tipo Certificati
<input type="text"/>	Certificati di propria competenza

CERCA

3. DashBoard dei certificati dell'utente

La prima pagina che si presenta ad ogni utente è la cosiddetta DashBoard che mostra i certificati in bozza, consente la ricerca dei certificati inviati e la compilazione di un nuovo certificato:



Benvenuto OSPEDALE CIVILE GORIZIA Home Esci

I miei servizi

- Nuovo certificato online
- Tutti i certificati

ULTIMI CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE IN BOZZA

Elementi per pagina 10

Ultima modifica	Lavoratore	Codice Fiscale	N° Certificato	
04/03/2016	ALESSANDRO LIPPOLIS	LPPLSN72R22L424T	000000119	
04/03/2016	DORIANO GEPPINI	GPPDRN51B15G687B	000000140	
09/03/2016	MARCO GARBARINO	GRBMRC64C18D969T	000000219	
09/03/2016	ALESSANDRO GARAU	GRALSN76R14G207I	000000225	

« 1 2 »

RICERCA CERTIFICATI DI MALATTIA PROFESSIONALE INVIATI

Codice Fiscale

N° certificato

N° protocollo

CERCA

Inail sede centrale: P.le Giulio Pastore 6, 00144 Roma (RM) - P. Iva 00968951004

[Accessibilità](#) | [Note legali](#) | [Privacy](#)

Il messaggio di benvenuto di un utente di tipo Struttura ospedaliera sarà:

Benvenuto OSPEDALE CIVILE GORIZIA

Il messaggio di benvenuto di un utente di tipo Medico esterno sarà:

Benvenuto ABBIATI CARLA

Il messaggio di benvenuto di un utente di tipo Medico ospedaliero sarà:

Benvenuto PISARRI NICOLA | ULSS 21

Tutti i tipi di utente hanno a disposizione le seguenti funzionalità presenti nella pagina:

- **Elenco degli ultimi certificati di malattia professionale in bozza**
- **Ricerca dei certificati di malattia professionale inviati**

3.1.Ultimi certificati di malattia professionale in bozza

Nella dashboard è presente l'elenco dei certificati inseriti, ma non ancora inviati, ordinati dal più recente al più vecchio. È possibile dare un diverso ordinamento selezionando l'icona della **freccia verso il basso** posta accanto a ciascuno dei titoli delle informazioni sotto riportate.

Ogni riga dell'elenco mostra alcune informazioni utili ad identificare il certificato in bozza:

- **Ultima modifica:** la data in cui è stata apportata l'ultima modifica al documento;
- **Lavoratore:** il nome e cognome del lavoratore per il quale è stato compilato il certificato;
- **Codice fiscale:** il codice fiscale del lavoratore per il quale è stato compilato il certificato;
- **N° certificato:** il numero identificativo assegnato al certificato in bozza.

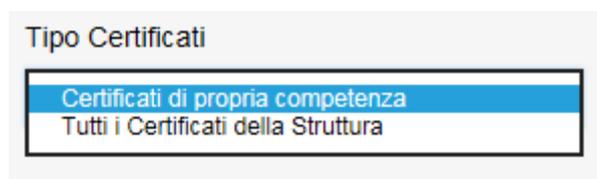
Di seguito alle informazioni minimali, vi è l'icona di una **matita** selezionando la quale si può riprendere la compilazione del certificato dall'ultimo salvataggio effettuato.

3.2.Ricerca certificati di malattia professionale inviati

La funzione consente la sola visualizzazione dei certificati inviati, non essendo possibile apportare modifiche. La ricerca del certificato inviato avviene inserendo almeno uno dei seguenti parametri:

- **Codice fiscale:** ricerca per codice fiscale del lavoratore per il quale è stato emesso il certificato;
- **N° certificato:** ricerca per numero identificativo assegnato al certificato inviato;
- **N° protocollo:** ricerca per numero di protocollo INAIL.

Per gli utenti di tipo **Medico Ospedaliero**, viene mostrato un ulteriore parametro da scegliere unitamente ad uno dei precedenti:



Selezionando la prima opzione, vengono mostrati all'utente tutti i certificati inviati dall'utente stesso; scegliendo invece la seconda, si visualizzano tutti i certificati inviati dalla struttura ospedaliera di cui l'utente fa parte (ad es. USLL 21).

Il risultato della ricerca è un elenco di certificati per ciascuno dei quali sono mostrate alcune informazioni minimali; accanto a queste, è visibile l'icona di una **freccia verso il basso** selezionando la quale sono mostrati i dettagli del certificato inviato.

4. Nuovo certificato online

Nel menù **I miei servizi**, posto a sinistra nella dashboard, è disponibile la funzione “**Nuovo certificato online**” che permette di iniziare la compilazione di un nuovo certificato.



In alto viene mostrato il numero identificativo assegnato al certificato online dopo aver compilato la prima sezione e, sotto il numero, i nomi di tutte le sezioni, obbligatorie, da compilare.

Nuovo certificato online n° 000000377

[Dati del lavoratore >](#) [Anamnesi lavorativa >](#) [Malattia professionale >](#) [Anamnesi >](#) [Dati certificato >](#)

4.1. Dati del lavoratore

La prima sezione da compilare è relativa ai dati del lavoratore.

4.1.1. Dati Anagrafici

Codice fiscale: è possibile cercare negli archivi Inail i dati anagrafici del lavoratore tramite l’inserimento del suo codice fiscale. Se la ricerca va a buon fine, vengono automaticamente valorizzati tutti i campi con i dati anagrafici risultanti; se la ricerca non produce invece risultato, l’utente dovrà inserire i dati anagrafici compilando i campi della maschera.

Nome, Cognome, Data di nascita, Data morte (opzionale), Sesso, Cittadinanza/Nazionalità, Provincia e comune di nascita: sono i dati relativi alla nascita e, dove non esplicitamente indicato, sono obbligatori.

Nuovo certificato online n° 000000377

[Dati del lavoratore >](#) [Anamnesi lavorativa >](#) [Malattia professionale >](#) [Anamnesi >](#) [Dati certificato >](#)

DATI ANAGRAFICI

Inserisci i dati dell'utente o effettua la ricerca tramite Codice Fiscale.

Codice Fiscale 

Nome  Cognome 

Data di nascita  Data morte (opzionale) Sesso 

 Maschio Femmina

Cittadinanza/Nazionalità  Provincia  Comune di nascita 

4.1.2. Residenza e domicilio

Nazione, Provincia, Comune, CAP, Indirizzo di residenza, numero civico, ASL: sono informazioni che vengono precaricate se la ricerca effettuata in precedenza tramite Codice Fiscale del lavoratore ha avuto esito positivo; se la ricerca non ha invece prodotto risultato, l'utente deve inserire i dati di residenza, ed eventualmente di domicilio, compilando i campi della maschera.

L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza: nel caso in cui i dati del domicilio siano diversi dai dati della residenza, l'utente deve selezionare il campo e compilare i relativi campi della maschera.

RESIDENZA E DOMICILIO

Nazione ?	Provincia ?	Comune ?	CAP ?
ITALIA	VS	PABILLONIS	09030
Indirizzo di residenza ?	N° Civico ?	Asl ?	
VIA	CRISTOFORO COLOMBO	13	SANLURI

L'indirizzo di domicilio è diverso dall'indirizzo di residenza ?

4.1.3. Contatti

Recapito telefonico, Recapito telefonico secondario, Email, Email PEC: sono informazioni che vengono precaricate se ha avuto esito positivo la ricerca effettuata in precedenza tramite Codice Fiscale; se la ricerca non ha invece prodotto risultato, l'utente può inserire i dati compilando i campi della maschera. Se tali informazioni non sono disponibili, si può selezionare il flag "Dati non disponibili".

CONTATTI

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

Recapito telefonico (opzionale) ?	Recapito telefonico secondario (opzionale) ?
3395005928	
Email (opzionale) ?	Email PEC (opzionale) ?
NOME.COGNOME@AZIENDA.IT	NOME.COGNOME@PEC.INAIL.IT

Dati non disponibili ?

[Cancella Dati](#)

[SALVA BOZZA](#)

[CONTINUA >](#)

Tutti i campi della pagina, dove non esplicitamente indicato, sono obbligatori e si possono ripulire selezionando il testo **Cancella dati**.

4.1.4. Indietro

In qualunque momento della compilazione è possibile tornare allo step precedente. Se non vengono salvati i dati tramite **Salva Bozza**, tutti i dati inseriti nella pagina corrente andranno persi.

4.1.5. Salva Bozza

In qualunque momento della compilazione è possibile salvare i dati inseriti selezionando il tasto **Salva Bozza**. In tal caso vengono memorizzati i dati inseriti e l'utente può decidere di riprendere la compilazione dal punto in cui l'aveva lasciata.

4.1.6. Continua

Compilata la sezione, si procede selezionando il tasto **Continua** che effettua il salvataggio di tutti i campi inseriti e permette all'utente di passare allo step successivo.

4.2. Anamnesi lavorativa

In questa sezione vengono inseriti i dati della storia lavorativa del soggetto.

Nelle prime sezioni **ULTIMO DATORE DI LAVORO** e **DATORE DI LAVORO** sono presenti le seguenti informazioni relative all'ultimo/attuale datore di lavoro:

- **Attualmente in attività lavorativa**: l'utente seleziona 'SI' se il soggetto è in forza lavorativa oppure 'NO' se il soggetto non è più attivo. Nel caso in cui sia selezionato 'NO', automaticamente viene mostrata accanto al campo **Dal giorno**, che indica la data di inizio attività lavorativa, anche la data di fine attività lavorativa **Al giorno**;
- **Assicurato**: indica il tipo di lavoro di cui si occupa il soggetto. Se si seleziona l'opzione **Altro**, appare il campo obbligatorio **Specificare Altro** per consentire all'utente di inserire una descrizione;
- **Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)**: è il nome dell'ultimo/attuale datore di lavoro (e della nave in caso di lavoratore marittimo);
- **Dal giorno** (eventuale **Al giorno**): è la data di inizio (eventuale data fine) dell'ultima/attuale attività lavorativa;
- **Provincia, comune, CAP, indirizzo datore di lavoro, numero civico**: sono i campi dell'indirizzo dell'ultimo/attuale datore di lavoro.

Nella sezione **LUOGO DI LAVORO ABITUALE** sono presenti le relative informazioni:

- **Provincia, comune, CAP, indirizzo del luogo di lavoro abituale, numero civico, ASL del luogo di lavoro abituale**: sono i campi dell'indirizzo del luogo di lavoro abituale.

Nella sezione **ATTIVITA' DEL LAVORATORE** sono presenti le informazioni:

- **Settore lavorativo** e relativo **Sub-settore**: forniscono le informazioni relative allo specifico ambito lavorativo. L'utente sceglie il settore e il sistema propone gli attinenti subsettori lavorativi;

- **Attività lavorativa/mansione**: campo non editabile che viene compilato tramite la ricerca da effettuare selezionando il pulsante **Cerca Professione**. L'utente, inseriti almeno tre caratteri, selezionerà la mansione tra quelle proposte e classificate per livelli da ISTAT;

- **Dal giorno e Al giorno**: sono la data di inizio e fine dell'attività lavorativa;

- **Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia)**: si tratta dell'agente/lavorazione cui il lavoratore è stato sottoposto e che ha causato la malattia diagnosticata nell'apposita sezione; digitando almeno 5 caratteri, vengono mostrati gli agenti corrispondenti al testo inserito con la specifica della Lista del D.M. 2009 alla quale ogni agente è correlato;

- **Il datore di lavoro attuale coincide con quello per il quale l'assicurato svolge/svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia?**: se valorizzato a 'SI', vengono copiati i dati dell'ultimo datore di lavoro, se valorizzato a 'NO', vengono lasciati i campi vuoti per la loro compilazione;

- **Dal giorno e Al giorno**: sono la data di inizio e fine dell'attività lavorativa;

- **Provincia, comune, CAP, indirizzo del luogo di lavoro abituale, numero civico, ASL della residenza**: sono i campi dell'indirizzo del datore di lavoro presso cui svolge/svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia;

- **Settore lavorativo** e relativo **Sub-settore**: forniscono le informazioni relative allo specifico ambito lavorativo. L'utente sceglie il settore e il sistema propone gli attinenti subsettori lavorativi;

- **Attività lavorativa/mansione**: campo non editabile che viene compilato tramite la ricerca da effettuare selezionando il pulsante **Cerca Professione**. L'utente, inseriti almeno tre caratteri, selezionerà la mansione tra quelle proposte e classificate per livelli da ISTAT;

- **Assicurato**: indica il tipo di lavoro di cui si occupa il soggetto. Se viene selezionato **Altro**, il sistema mostra vicino al campo anche **Specificare Altro** per consentire all'utente di inserire una descrizione;

- **Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia)**: si tratta dell'agente/lavorazione cui il lavoratore è stato sottoposto e che ha causato la malattia diagnosticata nell'apposita sezione; digitando almeno 5 caratteri, vengono mostrati gli agenti corrispondenti al testo inserito con la specifica della Lista del D.M. 2009 alla quale ogni agente è correlato.

Nella medesima sezione sono presenti le informazioni relative all'attività del lavoratore eventualmente svolta presso altra azienda per conto del datore di lavoro:

- **Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?**: l'utente seleziona 'SI' se il soggetto ha svolto la propria attività presso un'altra azienda, viceversa seleziona 'NO'. Nel caso di 'SI', sono automaticamente proposti i campi **Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)**, **Provincia, Comune, CAP** relativi all'azienda presso cui il lavoratore prestava servizio.

Nell'ultima sezione **ANAMNESI LAVORATIVA FACOLTATIVA (attività non strettamente correlabile alla malattia)** sono presenti le informazioni:

- **ANAMNESI LAVORATIVA FACOLTATIVA (attività non strettamente correlabile alla malattia):** l'utente seleziona 'SI' se vuole indicare altri datori di lavoro presso i quali il soggetto ha lavorato non correlata alla malattia, viceversa seleziona 'NO'. Nel caso di 'SI', il sistema propone in automatico i campi:

- **Dal giorno e Al giorno:** la data di inizio e fine dell'attività lavorativa;
- **Provincia, Comune, CAP, indirizzo del luogo di lavoro abituale, numero civico, ASL della residenza:** sono i campi dell'indirizzo del datore di lavoro presso cui svolge/svolgeva l'attività;
- **Settore lavorativo e Sub-settore lavorativo:** forniscono le informazioni relative allo specifico ambito lavorativo. L'utente sceglie il settore e il sistema propone gli attinenti subsettori lavorativi;
- **Attività lavorativa/mansione:** campo non editabile che viene compilato tramite la ricerca da effettuare selezionando il pulsante **Cerca Professione**. L'utente, inseriti almeno tre caratteri, selezionerà la mansione tra quelle proposte e classificate per livelli da ISTAT;
- **Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia):** si tratta dell'agente/lavorazione cui il lavoratore è stato sottoposto; digitando almeno 5 caratteri, vengono mostrati gli agenti corrispondenti al testo inserito con la specifica della Lista del D.M. 2009 alla quale ogni agente è correlato.

E' possibile inserire fino a 6 attività lavorative facoltative.

Ogni anamnesi facoltativa può essere modificata utilizzando il testo contestuale **Cancella dati** oppure può essere eliminata utilizzando il testo **Elimina attività**.

Tutti campi della pagina, dove non esplicitamente indicato, sono obbligatori e possono essere ripuliti utilizzando il testo generico **Cancella dati** a fine pagina, accanto al tasto Indietro.

[Dati del lavoratore >](#) [Anamnesi lavorativa >](#) [Malattia professionale >](#) [Anamnesi >](#) [Dati certificato >](#)

ULTIMO DATORE DI LAVORO

Attualmente in attività lavorativa ?

Si
 No

Assicurato ?

Dipendente
 Autonomo
 Dipendente (Lavoratore a tempo determinato)
 Altro

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo) ?

FGFDG

Dal giorno ?

01/03/2016

DATORE DI LAVORO

Provincia [?] Comune [?] CAP [?]

Indirizzo datore di lavoro [?] N° Civico

LUOGO DI LAVORO ABITUALE

Provincia [?] Comune [?] CAP [?]

Indirizzo del luogo di lavoro abituale [?] N° Civico [?] ASL luogo di lavoro abituale [?]

ATTIVITÀ DEL LAVORATORE

Settore lavorativo [?] Sub-settore [?]

Attività lavorativa / mansione [?]

Dal giorno [?] Al giorno [?] Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia) [?]

Datore di lavoro per il quale l'assicurato svolge/ svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia?

- Sì
 No

Dal giorno Al giorno

Cognome e nome o ragione sociale azienda o nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Provincia Comune CAP

ASL della residenza [?]

Settore lavorativo [?] Sub-settore [?]

Attività lavorativa / mansione [?]

Assicurato [?]

- Dipendente
 Autonomo
 Dipendente (Lavoratore a tempo determinato)
 Altro

Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia) [?]

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?

Sì
 No

Cognome e nome o ragione sociale azienda o nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Provincia (opzionale) Comune (opzionale) Cap (opzionale)

- SELEZIONA - - SELEZIONA - - SELEZIONA -

ANAMNESI LAVORATIVA FACOLTATIVA (attività non strettamente correlabile alla malattia)

Sì
 No

Dal giorno Al giorno

GG/MM/AAAA GG/MM/AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda o nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Provincia Comune Cap

- SELEZIONA - - SELEZIONA - - SELEZIONA -

Settore lavorativo Sub-settore

- SELEZIONA - - SELEZIONA -

Attività lavorativa / mansione

CERCA PROFESSIONE

Rischio (agente/lavorazione/esposizione per patologia) [opzionale]

[Cancella Dati](#) [Elimina attività](#)

ANAMNESI LAVORATIVA FACOLTATIVA (attività non strettamente correlabile alla malattia)

Sì
 No

< INDIETRO [Cancella Dati](#) SALVA BOZZA CONTINUA >

4.2.1. Tasto Cerca Professione

Per valorizzare il campo **Attività lavorativa / mansione**, l'utente deve selezionare il tasto **Cerca Professione**.

Si apre quindi una nuova finestra nella quale, inserendo nel campo **Voce professionale ISTAT** le prime 3 lettere della mansione da ricercare e selezionando il pulsante **Cerca Professione**, vengono mostrati:

- un messaggio contenente l'indicazione del numero di unità professionali individuate che contengono i caratteri inseriti;
- il campo elenco del **Grande gruppo** professionale dove effettuare la selezione.

Scelto il **Grande gruppo** di interesse, viene automaticamente popolato il successivo campo elenco relativo alle **Unità professionali**. Proseguendo analogamente, selezionata l'unità professionale, vengono mostrate le relative **Voci professionali**.

A questo punto l'utente può scegliere la voce di interesse e quindi il tasto **Seleziona Professione** che riporterà la mansione scelta nel campo **Attività lavorativa/ mansione** della pagina principale.

Ricerca della voce professionale ISTAT

Voce professionale ISTAT ?

MECC

CERCA PROFESSIONE

Hai cercato "MECC"
Sono state trovate 7 unità professionale

Grande gruppo ?

seleziona l'unità professionale

unità professionale ?

seleziona l'unità professionale

Voce professionale ?

seleziona la voce professionale

SELEZIONA PROFESSIONE

4.3. Malattia professionale

In questa sezione vengono inseriti i **dati relativi alla malattia professionale diagnosticata dal medico.**

La prima sezione della pagina mostra una tabella, inizialmente vuota, che viene popolata dalle malattie inserite in successione dall'utente tramite il tasto **Aggiungi**.

A seguire sono presenti i **seguenti campi che consentono due distinte ed alternative modalità di ricerca sulle malattie inseribili:**

- 1) **Ricerca malattia diagnosticata nell'elenco del D.M. 2009** che propone la ricerca tra le malattie presenti nell'elenco del decreto e filtrate sulla base del Rischio/agente inserito nella Anamnesi lavorativa in riferimento al datore di lavoro che ha presumibilmente causato la malattia;
- 2) **Inserisci malattia diagnosticata non presente nell'elenco precedente** che consente la ricerca, a partire dalle prime lettere inserite dall'utente, tra le malattie non presenti nel D.M. 2009.

Tutti i campi della pagina, dove non esplicitamente indicato, sono obbligatori e possono essere ripuliti utilizzando il tasto **Cancella dati**.

4.3.1. Ricerca malattia diagnosticata nell'elenco del D.M. 2009

La ricerca è filtrata sulla base del Rischio/agente inserito nella 'Anamnesi lavorativa' riferita al datore di lavoro che ha presumibilmente causato la malattia. Scelta la malattia, viene automaticamente valorizzata la lista di appartenenza e il codice della malattia.

L'utente continua la compilazione inserendo i dati:

- **Inabilità temporanea assoluta al lavoro:** se 'SI', il campo **Prognosi** contiene solo i valori 'Con prognosi' oppure 'Riservata'; disabilitato se il campo **La malattia ha causato la morte** = 'SI';
- **La malattia ha causato la morte?:** valorizzabile a "SI" solo se è stata inserita la "Data morte" nella sezione "Dati anagrafici" del lavoratore;
- **Disposizione autopsia?:** valorizzabile a "SI" solo se è stata inserita la "Data morte" nella sezione "Dati anagrafici" del lavoratore;
- **Prognosi:** l'utente può scegliere tra: Riservata, Con prognosi, Senza prognosi; campo abilitato se **La malattia ha causato la morte** = 'NO', disabilitato invece se **La malattia ha causato la morte** = 'SI';
- **Data prima diagnosi:** è la data in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia;
- **Eventuale data abbandono lavoro:** se **La malattia ha causato la morte** = 'NO' e se **Prognosi** = 'Con prognosi' oppure = 'Riservata', la data è obbligatoria, negli altri casi è opzionale;
- **La malattia produce inabilità al lavoro?:** se **Prognosi** = 'Con prognosi' oppure = 'Riservata', il campo è preimpostato a 'SI'; campo disabilitato se **La malattia ha causato la morte** = 'SI'. Se il campo **La malattia produce inabilità al lavoro?** = 'SI', è obbligatorio inserire le date del periodo di inabilità **Dal giorno** e **Fino a tutto il giorno**.

4.3.2. Ricerca malattia diagnosticata non presente nell'elenco del D.M. 2009

La ricerca è effettuata sulle prime lettere inserite dall'utente e tra le malattie non presenti nel D.M. 2009. Scelta la malattia tra quelle proposte, viene automaticamente valorizzato il campo sottostante **Malattia non presente** nell'elenco del D.M. 2009.

L'utente continua la compilazione inserendo i dati:

- **Inabilità temporanea assoluta al lavoro:** se 'SI', il campo **Prognosi** contiene solo i valori 'Con prognosi' oppure 'Riservata'; disabilitato se il campo **La malattia ha causato la morte** = 'SI';
- **La malattia ha causato la morte?:** valorizzabile a "SI" solo se è stata inserita la "Data morte" nella sezione "Dati anagrafici" del lavoratore;
- **Disposizione autopsia?:** valorizzabile a "SI" solo se è stata inserita la "Data morte" nella sezione "Dati anagrafici" del lavoratore;
- **Prognosi:** l'utente può scegliere tra: Riservata, Con prognosi, Senza prognosi. Il campo è abilitato se **La malattia ha causato la morte** = 'NO', ovvero non valorizzabile se **La malattia ha causato la morte** = 'SI';
- **Data prima diagnosi:** è la data in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia;
- **Eventuale data abbandono lavoro:** Se **La malattia ha causato la morte** = 'NO' e se **Prognosi** = 'Con prognosi' oppure = 'Riservata', la data è obbligatoria, negli altri casi è opzionale.

- **La malattia produce inabilità al lavoro?**: se **Prognosi** = 'Con prognosi' oppure = 'Riservata', il campo è preimpostato a 'SI'; campo disabilitato se **La malattia ha causato la morte** = 'SI'. Se il campo **La malattia produce inabilità al lavoro?** = 'SI', è obbligatorio inserire le date del periodo di inabilità **Dal giorno** e **Fino a tutto il giorno**.

4.3.3. Tasto Aggiungi malattia

Compilati tutti i campi, per inserire la malattia nella tabella in testa alla pagina è necessario selezionare il tasto **Aggiungi**. Nella tabella sono indicati **Malattia**, **Agente/Rischio**, **Lista-Codice** e l'icona del cestino per eliminare la riga in caso di errore. E' possibile aggiungere fino a 10 malattie correlate allo stesso rischio.

MALATTIA PROFESSIONALE

Aggiungi le malattie diagnosticate durante la visita o inseriscile manualmente se non presenti in elenco.

Elementi per pagina 10

Malattia ▼	Agente/Rischio ▼	Lista-Codice ▼	
LINFOMA NON HODGKIN FOLLICOLARE [NODULARE]	LAVORI SUBACQUEI E IN CAMERE IPERBARICHE	I.6.20.C82	🗑️
RADIODERMITI	1,2-DIBROMO-3-CLOROPROPANO	I.5.6.L58	🗑️

« 1 »

Ricerca malattia diagnosticata nell'elenco ex art. 139 T. U. (DM 11.12.2009) ?

- SELEZIONA -

Inserisci Malattia diagnosticata non presente nell'elenco precedente ?

Lista I
 Lista II
 Lista III
 Malattia Non Presente

Codice della malattia

Inabilità temporanea assoluta al lavoro <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La malattia ha causato la morte? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Disposizione autopsia? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Prognosi <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">- SELEZIONA -</div>	Data prima diagnosi <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">GG/MM/AAAA</div>	Eventuale data abbandono lavoro ? <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">GG/MM/AAAA</div>

La malattia produce inabilità al lavoro?

 Si
 No

AGGIUNGI

4.4. Anamnesi

In questa sezione vengono inseriti i dati relativi all'anamnesi patologica del lavoratore. In particolare:

- Se il campo **Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame)** viene valorizzato a 'SI', viene proposto il campo **Se si quali? (descrizione postumi)** da compilare;
- Se viene selezionato **Altro** = 'SI', viene proposto il campo **Specificare Altro** da compilare;
- Se viene selezionato **Ricovero ospedaliero** = 'SI', viene proposto il campo **Struttura di ricovero** da compilare.

ANAMNESI

Anamnesi patologica remota  **600 caratteri disponibili**

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame) 

Si
 No

Se si quali? (descrizione postumi)  **228 caratteri disponibili**

Invalido INPS  Invalido Civile  Altro 

Si Si Si
 No Si No
 No

Specificare Altro  **130 caratteri disponibili**

Anamnesi patologica prossima  **600 caratteri disponibili**

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame  **600 caratteri disponibili**

Accertamenti specialistici  **600 caratteri disponibili**

Terapia  **228 caratteri disponibili**

Si presume invalidità permanente  Sì No

Ricovero ospedaliero  Sì No

Struttura di ricovero  **100 caratteri disponibili**

Osservazioni del medico  **228 caratteri disponibili**

Tutti i campi della pagina, dove non esplicitamente indicato, sono obbligatori e si possono ripulire selezionando il testo **Cancella dati**.

4.5. Dati certificato

In questa pagina l'utente può inserire tutte le informazioni relative al certificato ed al medico che lo ha compilato.

Nella prima sezione **DATI CERTIFICATO** sono presenti i dati:

- **Data rilascio**: giorno di rilascio del certificato che si sta compilando;

- **Provincia e Comune:** luogo di rilascio del certificato;
- **Tipo certificato:** l'utente può inserire Primo, Continuativo, Definitivo, Riammissione in temporanea.

Nella sezione **MEDICO CERTIFICATORE** sono presenti i dati del medico, non modificabili, caricati in base alle credenziali di accesso utilizzate (ed al ruolo scelto in caso di multiprofilo):

- **Tipo Medico:** può assumere il valore Medico ospedaliero, Medico di base, ecc.;
- **Nome e cognome, codice fiscale, indirizzo e numero civico, provincia, comune, CAP e recapiti** del medico certificatore.

Nella successiva sezione è presente la '**Pagina richiesta accesso alle prestazioni**', ovvero il modulo scaricabile del consenso esplicito da far firmare al lavoratore (*PDF scaricabili*) contenente i dati dell'anamnesi lavorativa fornita dal lavoratore, mentre l'ultima è dedicata agli **Allegati** da utilizzare nel caso in cui l'utente intenda aggiungere della documentazione al certificato (*Allegati*).

DATI CERTIFICATO

Data rilascio: GG/MM/AAAA  Provincia: - SELEZIONA -  Comune: - SELEZIONA - 

Tipo di certificato: Primo 

MEDICO CERTIFICATORE

Tipo di Medico: MEDICO OSPEDALIERO

Nome e Cognome: NICOLA PISARRI Codice Fiscale: PSRNCL53B08A662P

Indirizzo: VIA: TEST N° Civico: 1

Provincia: RM Comune: BARI CAP: 00100

Recapito telefonico: 0123456789 Recapito telefonico secondario (opzionale):

Email: TEST@INAIL.IT Email PEC: TESTPEC@INAIL.IT

Ricordare al paziente che è necessario, per accedere alle prestazioni erogate dall'INAIL per malattia professionale, esplicitare il proprio consenso presentando all'Istituto assicuratore il modello fornitogli dopo averlo sottoscritto



Pagina richiesta accesso alle prestazioni

I dati relativi all'anamnesi lavorativa sono stati forniti all'assicurato ai fini dell'accesso alle prestazioni erogate dall'Inail connesse al riconoscimento di malattia professionale.

Si consegnano all'assistito in forma cartacea:

- Copia del certificato di malattia professionale per il lavoratore.
- Copia del certificato per il datore di lavoro ai fini della denuncia di malattia professionale INAIL.

Allegati

Nome del file



SCEGLI IL FILE

Allega 1 PDF da max 1MB oppure 2 PDF da max 500KB ciascuno

Nome file

Dimensione

< INDIETRO

Cancella Dati

SALVA BOZZA

ANTEPRIMA PDF

INVIA

4.5.1. Allegati

L'utente può allegare un file PDF di massimo 1MB oppure due file PDF di massimo 500Kb ciascuno.

Caricato un file PDF tramite il pulsante **Scegli il file**, questo viene aggiunto in una lista di evidenza nella quale è possibile visualizzare la dimensione del file allegato e due icone:



per scaricare il documento;



per eliminare il documento.

Allegati

Nome del file



SCEGLI IL FILE

Allega 1 PDF da max 1MB oppure 2 PDF da max 500KB ciascuno

Nome file

Dimensione

RicevutaASS_000000163.pdf

19 Kb



4.5.2. Tasto Anteprima PDF

Il tasto **Anteprima PDF** consente di visualizzare l'anteprima del certificato in formato PDF per consentire la verifica dei dati inseriti prima del loro invio ad Inail.

4.5.3. Tasto Invia

Selezionando il tasto **Invia** il certificato viene inoltrato ad INAIL. **ATTENZIONE!** Una volta inviato, il certificato non è più modificabile.

4.6. Pagina di conferma dell'invio ad Inail

Selezionato il tasto **INVIA**, viene visualizzata la pagina che conferma il corretto invio del certificato rendendo disponibili, in formato PDF, la copia del certificato per il lavoratore, la copia del certificato per il datore di lavoro, la copia del referto medico art. 365 c.p. e della Denuncia/segnalazione mod.92bis ex-art.139.

✓ Hai inviato correttamente il certificato medico mp

Numero progressivo assegnato: 000007891

Il certificato sarà disponibile entro le prossime 24 ore presso la sede inail competente:

42100 - CAGLIARI

Moduli per la stampa:

- Copia certificato di malattia professionale per il lavoratore
- Copia certificato di malattia professionale per il datore di lavoro da consegnare al lavoratore per l'inoltro della relativa denuncia a Inail.

Le copie cartacee necessitano della conferma, da parte dell'assistito, dei dati forniti e della sottoscrizione del consenso alla trattazione da parte dell'Inail ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento della malattia professionale. Devono, pertanto, riportare le firme del medico e dell'assistito.

- Referto medico
- Denuncia/Segnalazione ex art. 139 T.U. e s.m.i. (Mod.92 bis) per la trasmissione da parte del medico alle DTL e/o ASL (per gli usi consentiti dalla legge).

 [Scarica il certificato per il lavoratore](#)

 [Scarica il certificato per il datore di lavoro](#)

 [Scarica il referto medico](#)

 [Scarica la Denuncia/Segnalazione ex art.139](#)

4.7. PDF scaricabili

Di seguito alcuni esempi dei pdf prodotti dalla applicazione online:

4.7.1. PDF per consenso e firma del lavoratore



Mod. 5 SS bis

RICHIESTA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale / ultimo dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda o nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap

Assicurato : Dipendente Dipendente (lavoratore a tempo determinato) Autonomo Altro (Specificare)

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Rischio:

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	DA (MM / AAAA)	A (MM / AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore	Rischio/esposizione/ agente/ lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio _____ Firma dell'assicurato _____

N. Identificativo certificato

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Modulo aggiornato 10/10/2014

Pagina 1 di 1

4.7.2. Copia PDF del certificato per il lavoratore



Mod. 5 SS bis

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome: Nome: Sesso: M F

Nato a (Comune): Provi: MM: AAAA: 1951 Nationalità:

Domiciliato a (Comune): Provi: Cap: Telefono:

Indirizzo (Via, piazza, ecc.): N. Civico:

Codice Istat Comune: Cod. ASI domicilio: Codice ASI: Codice fiscale: Attualmente in attività lavorativa: Sì No

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia:

Agenti/lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia:

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

Sì No

Data prima diagnosi: GG MM AAAA Eventuale data abbandono: GG MM AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia: GG MM AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? Sì No del GG MM AAAA fino a tutto GG MM AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 90 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLVEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro:

Comune (abitual luogo di lavoro): Provi: Cap:

Settore lavorativo: Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-attività lavorativa/missione ecc. correlabile alla malattia:

Attività lavorativa/missione ecc. correlabile alla malattia: dal GG MM AAAA fino a tutto GG MM AAAA

Dipendente Autonomo Altro (Specificare)

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? Sì No Se Sì quale azienda?

Domiciliato a (Comune): Provi: Cap:

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome: Nome:

Codice fiscale del medico: In qualità di:

Codice Istat del medico o del presidio sanitario: Presidio sanitario:

Comune: Provi: Cap: Telefono fisso o cellulare:

Il presente certificato tiene luogo della copia per fini della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1985, di cui all'art. 10 del d.lgs. 30/2000 al fini nazionale della malattia causata dal lavoro ovvero ad esso correlata.

Luogo e data di rilascio: Firma del medico:

N°:

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia

NEFROPATIA

Agenti/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

FIBRE LANA DI VETRO

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.l.?

Sì No

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA del 01 / 03 / 2016
Eventuale data abbandono GG / MM / AAAA del 15 / 02 / 1991

Data morte conseguente alla eventuale malattia GG / MM / AAAA del 15 / 02 / 1991

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? Sì No del GG / MM / AAAA del / / fino a tutto GG / MM / AAAA del / /

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 90 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d. lgs. 01/0000 e s.m.l., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLVEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro

EDNGG

Comune (attuale luogo di lavoro) CAPRESE MICHELANGELO Prov. AR Cap. 52033

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industrie Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-ALLEVAMENTO

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia

CONDUTTORE DI MACCHINE MAYHEMPLATIS del GG / MM / AAAA del 01 / 02 / 2016 fino a tutto GG / MM / AAAA del 01 / 02 / 2016

Dipendente Autonomo Altro (Specificare)

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? Sì No Se sì quale azienda?

Domiciliato a (Comune) GON Pro. CA Cap. 09040

Luogo e data di rilascio ATELETA, 01/03/2016

Firma del medico

N° 00000114

ASSICURATO

Cognome
GERPINI

Nome
DORIANO

Anamnesi patologia remota

DDGAFDGGFG

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia

Sì No

Se sì quali?

Invalido Invalido Altro (specificare) _____

Anamnesi patologia prossima

DGAFDGGFG

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

FDGFG

Accertamenti specialistici

FDGFDGGFG

Terapia

FDGFDGG

Si presume invalidità Sì No Invalido

Ricovero ospedaliero _____

Caso Diposta

Osservazioni del medico

AFDGF

Luogo e data di rilascio ATELETA, 01/03/2016

Firma del medico _____

N° 000000114

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale / ultimo dal GG / MM / AAAA fino a tutto GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap.

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-

Attività lavorativa/manuale ecc. correlabile alla malattia dal GG / MM / AAAA fino a tutto GG / MM / AAAA

Rischio:

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/manuali svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere acchiusa)

N.	DA (MM / AAAA)	A (MM / AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/posizione/agente/ lavorazione	Attività lavorative svolte/manuale
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio Firma del medico

N°

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it >

privacy

Copia per l'assicurato - Modulo aggiornato al 10/10/2014

4.7.3. Copia PDF del certificato per il datore di lavoro

Il pdf per il datore di lavoro NON contiene i dati sensibili, così come previsto dalla legge sulla privacy.

INAIL Mod. 5 SS bis

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome: Nome: Sesso: M F

Nato a (Comune): Prov.: GG: MM: AAAA: Nazionale:

Soggiorno a (Comune): Prov.: Cap.: Telefono:

Indirizzo (Via, piazza, ecc.): N. Civico:

Codice Istat Comune: Cod. AGL domicilio: Codice Azi: Codice fiscale: Attualmente in attività lavorativa: SI No

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia:

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia:

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

SI No

Data prima diagnosi: GG MM AAAA Eventuale data abbandono: GG MM AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia: GG MM AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI No dal GG MM AAAA fino a tutto GG MM AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 90 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 01/2000 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome: Nome:

Codice fiscale del medico: In qualità di:

Codice Istat del medico o del presidio sanitario: Presidio sanitario:

Comune: Prov.: Cap.: Telefono fisso o cellulare:

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 30/2000 al fini nazionali delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate.

Luogo e data di rilascio: Firma del medico: _____

N°:

Copia per il datore di lavoro - Modulo aggiornato al 10/10/2014 Pagina 1 di 3

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Valente

REPROFATIA

Agenti/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

FIBRE LANA DI VETRO

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

Sì No

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA
01 / 03 / 2016

Eventuale data abbandono

GG / MM / AAAA

15 / 02 / 1991

GG / MM / AAAA

18 / 03 / 2016

Data morte conseguente alla eventuale malattia

GG / MM / AAAA

GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità

Sì No

del

GG / MM / AAAA

fino a tutto

GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 90 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 51/2009 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

Luogo e data di rilascio ATELETA, 01/03/2016
N° 000000114

Firma del medico _____

Copia per il datore di lavoro - Modulo aggiornato al 10/10/2014

Pagina 2 di 3

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale / ultimo del / / fino a tutto / /

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico

Comune Prov. Cap.

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industrie Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-

Attività lavorativa/manuale ecc. correlabile alla malattia
 del / / fino a tutto / /

Rischio:

Datore di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/manuali svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita)

N.	DA (MM / AAAA)	A (MM / AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/posizione/agente lavorazione	Attività lavorativa svolta/manuale
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce al fine dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Lugaro e data di rilascio Firma del medico

N°

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it - privacy

Copia per il datore di lavoro - Modulo aggiornato al 10/10/2014

4.7.4. PDF della Denuncia/segnalazione ex-art.139 mod.92bis

Mod. 92 bis

Alla Direzione Territoriale del Lavoro _____

 ASL _____

Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art.139 DPR 1124/1965 e art.10 del D.Lgs 38/2000
 Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 11/12/2009 (G.U. n.76 del 01/04/2010) e s.m.i.

Medico dichiarante

Cognome BABBO Nome GIANLUCA
 Codice fiscale BBBGLC68P17H8230 N. telefono 3409978332
 In qualità di MEDICO OSPEDALIERO
 Nel Comune di BARLETTA Prov. BT Cap 76121
 presso la Struttura AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA Asl CA108

Informazioni relative all'assistito e al lavoro attuale/ultimo

Cognome STETCO Nome MARIANNE Sesso F
 Codice fiscale STTMRN62M57Z129B Data di nascita 17/08/1962
 Comune di nascita KJYTER Prov. _____ Nazionalità ROMENA
 Comune di residenza _____ Prov. CA Cap 09040
 Comune di domicilio KJYTER Prov. _____ Cap _____
 Asl domicilio _____ Asl residenza CA108 Attualmente lavoratore SI NO
 Datore di lavoro attuale/ultimo (Ragione sociale) AUTONOMO

Comune CASALDUNI Prov. BN
 Settore lavorativo ARTIGIANATO Subsettore CARTIERE E ATTIVITÀ CARTOTECNICHE
 Attività lavorativa/mansione ESERCENTE DI DISTRIBUTORE DI CARBURANTI dal 03/08/2015 al 01/09/2016
 Agente/Lavorazione/Esposizione IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) MISCELE(CATRAME, BITUMI, PECE, FULIGGINE, OLII MINERALI, OLII E FLUIDI DA TAGLIO, OLIO DI CREOSOTO)

Informazioni sulla malattia (elenco DM 11.12.2009) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile

Malattia MALATTIE MALIGNHE IMMUNOPROLIFERATIVE
 Agente/Lavorazione/Esposizione PESTICIDI NON ARSENICALI (IRRORAZIONE E APPLICAZIONE)
 Lista I Lista II Lista III Codice (v. DM 11.12.2009) 29-6-II-C88
 Data prima diagnosi 07/12/2015 Eventuale data abbandono _____
 Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale 01/09/2016

Informazioni sulla malattia (elenco DM 11.12.2009) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile

Malattia CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE INFILTRANTE

Agente/Lavorazione/Esposizione PESTICIDI NON ARSENICALI (IRRORAZIONE E APPLICAZIONE)

Lista I Lista II Lista III Codice (v. DM 11.12.2009) _____

Data prima diagnosi 03/06/2016 Eventuale data abbandono 05/09/2016

Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale 01/09/2016

Datore di lavoro per il quale l'assicurato svolge/svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia

Ragione sociale AUTONOMO

Comune (abituale luogo di lavoro) CASALDUNI Prov. BN Cap. 82027

Settore lavorativo ARTIGIANATO Subsettore CARTIERE E ATTIVITÀ CARTOTECNICHE

Attività ART-BUYER NELLE AGENZIE DI PUBBLICITÀ dal 03/11/2014 al 15/07/2016

L'attività è/era svolta per conto del datore di lavoro presso altra SI NO

Se SI quale azienda? _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ Cap. _____

Dipendente Dipendente (lavoratore a tempo determinato) Autonomo

Altro (specificare) _____

INFORMAZIONI INTEGRATIVE

(da compilare nel caso in cui non sia stata indicata l'attività lavorativa correlata alla malattia professionale)

SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA

Periodo di svolgimento della mansione				Datore di lavoro (Ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo e subsettore	Rischio/ esposizione/ agente/ lavorazione	Mansione / Attività lavorativa
dal		al						
mese	anno	mese	anno					

NOTE/ALTRE INFORMAZIONI

Luogo e data

Timbro e firma del medico

4.7.5. PDF del referto medico art. 365 c.p.

CAPRILE , 13/09/2016

AL

OGGETTO: Referto medico ai sensi dell'art 365 c.p.

Il sottoscritto Dott. GIANLUCA BABBO
informa la S.V. che in data 13/09/2016 presso

(indicare la sede di emissione)

alle ore ha prestato la sua opera professionale
al/alla Sig./Sig.ra MARIANNE STETCO
nato/a a il 17/08/1962
abitante in CORSO RIO 23 GONI (CA)
dipendente della ditta AUTONOMO
dal 13/09/2012 sino al 01/09/2016 con sede dei lavori in CASALDUNI
che è affetto da (diagnosi)

MALATTIE MALIGNI IMMUNOPROLIFERATIVE,CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE INFILTRANTE

(inserire la/e malattia/e)

CHE HA COMPORTATO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> morte | <input type="checkbox"/> perdita di un senso o perdita dell'uso di un arto o di un organo |
| <input type="checkbox"/> pericolo di vita | <input type="checkbox"/> perdita della capacità di procreare |
| <input type="checkbox"/> una malattia della durata di giorni | <input type="checkbox"/> permanente e grave difficoltà della favella |
| <input type="checkbox"/> incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore ai 40 giorni | <input type="checkbox"/> sfregio o deformazione permanente del volto |
| <input type="checkbox"/> indebolimento permanente di un senso o di un organo | <input type="checkbox"/> interruzione di gravidanza |

con prognosi di giorni

In ordine alle circostanze, alle cause, all'evento ed ai mezzi dai quali è derivato si precisa quanto segue :

Osservazioni (ivi compresi il luogo in cui attualmente trovasi l'offeso, eventuali certificazioni, prognosi e proroghe precedenti):

Il medico
GIANLUCA BABBO

REFERTO MEDICO ART. 365 C.P.