

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**RISERVATO ALL'ASSICURATO**Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

Firma dell'assicurato

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

Timbro e Firma del Medico

ASSICURATO:

COGNOME

[illegible]

NOME

[illegible]

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

[illegible]

Data di rilascio

GG

--	--

MM

--	--

AAAA

--	--	--	--

Codice Medico o del Presidio Sanitario

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Timbro e Firma del Medico

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																					
		GG				MM				AAAA		in (Comune o Stato Estero)																	
L'EVENTO È AVVENUTO IL																													

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale																							
Indirizzo (via, piazza, ecc.)																							
Comune																							
N. civico																							

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

COGNOME

[illegible]

NOME

[illegible]

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
---	----	----

Ouali

☐ Invalido civile ☐ Pensionato INPS ☐ Altro

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

Luogo

[illegible]

Codice Medico o del Presidio Sanitario

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di rilascio

GG	

 /

MM	

 /

AAAA			

Timbro e Firma del Medico

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA[illegible]**Datore di lavoro attuale**[illegible]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			
------	--	--	--

[illegible]

Timbro e Firma del Medico