

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

### ASSICURATO

Cognome										Nome										Sesso M/F	
Nato a (Comune)										Prov.		GG		MM		AAAA		Nazionalità			
Domiciliato a (Comune)										Prov.		CAP		Telefono							
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										N. civico											
Codice ISTAT Comune domicilio				Codice ASL domicilio			Codice ASL Residenza (1)			Codice Fiscale					Attualmente in attività lavorativa						
															<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 se SI in quale lista? Lista I  Lista II  Lista III

Codice identificativo D.M. 11.12.2009 e s.m.i.

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

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA

Eventuale data abbandono lavoro (2) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro?  SI  NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. n. 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/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Comune (abituale luogo di lavoro) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Settore lavorativo  Agricoltura, Silvicoltura e Pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (3) \_\_\_\_\_

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dipendente  Autonomo  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### MEDICO CERTIFICATORE

Cognome										Nome									
Codice Fiscale del Medico										In qualità di: (4)									
Codice INAIL 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. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del D.Lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (5)

Data di rilascio ..... Timbro e Firma del Medico .....





PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

### ASSICURATO

Cognome				Nome				Sesso M/F					
Nato a (Comune)				Prov.		GG		MM		AAAA		Nazionalità	
Domiciliato a (Comune)				Prov.		CAP		Telefono					
Indirizzo (via, piazza, ecc.)												N. civico	
Codice ISTAT Comune domicilio			Codice ASL domicilio			Codice ASL Residenza (1)			Codice Fiscale			Attualmente in attività lavorativa	
												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 se SI in quale lista? Lista I  Lista II  Lista III

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA      Eventuale data abbandono lavoro (2) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro?  SI  NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. n. 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/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Comune (abituale luogo di lavoro) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Settore lavorativo  Agricoltura, Silvicoltura e Pesca     Industria     Artigianato     Servizi     Pubblica Amministrazione

Sub-settore (3) \_\_\_\_\_

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dipendente     Autonomo     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda? \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### MEDICO CERTIFICATORE

Cognome				Nome					
Codice Fiscale del Medico				In qualità di: (4)					
Codice INAIL 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. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del D.Lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (5)

Data di rilascio \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_



**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

COGNOME

NOME

**Datore di lavoro attuale/ultimo**

dal GG / MM / AAAA al 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.)

Comune

Prov.

N. civico

CAP

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

Comune

Prov.

N. civico

CAP

Assicurato:  Dipendente  Autonomo  Altro (specificare) \_\_\_\_\_Settore lavorativo  Agricoltura, Silvicoltura e Pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (3) \_\_\_\_\_

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Rischio: agente/lavorazione/esposizione \_\_\_\_\_

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.	Dal al (mese anno)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub settore (3)	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 .....

Firma dell'Assicurato .....

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome										Nome										Sesso M/F	
Nato a (Comune)										Prov.		GG		MM		AAAA		Nazionalità			
Domiciliato a (Comune)										Prov.		CAP		Telefono							
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										N. civico											
Codice ISTAT Comune domicilio				Codice ASL domicilio				Codice ASL Residenza (1)				Codice Fiscale				Attualmente in attività lavorativa					
																<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 se SI in quale lista? Lista I  Lista II  Lista III 

Codice identificativo D.M. 11.12.2009 e s.m.i.

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

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA

Eventuale data abbandono lavoro (2) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro?  SI  NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. n. 81/2008 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: (4)									
Codice INAIL 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. n. 1124/1965, di cui all'art. 10 del D.Lgs. N. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (5)

Data di rilascio ..... Timbro e Firma del Medico .....





## NOTE - LEGENDE

**NOTA (1) : Indicare il codice della ASL di residenza solo se la residenza è diversa dal domicilio**

**NOTA (2) : In caso di lavoratori marittimi inserire la data dell'ultimo sbarco**

**NOTA (3) - SUB-SETTORE LAVORATIVO**

SETTORE	SUB-SETTORE LAVORATIVO		SETTORE	SUB-SETTORE LAVORATIVO		
<b>Agricoltura, Silvicoltura e Pesca</b>	1	Coltivazioni agricole non permanenti (cereali, ortaggi, fiori...)	<b>Servizi</b>	37	Commercio all'ingrosso e al dettaglio (compresi i veicoli e la loro riparazione)	
	2	Coltivazioni agricole permanenti (frutticoltura...)		38	Trasporto marittimo e in acque interne di passeggeri	
	3	Allevamento		39	Trasporto marittimo e in acque interne di merci	
	4	Silvicoltura		40	Trasporto terrestre di passeggeri	
	5	Pesca e Acquacoltura		41	Trasporto terrestre di merci	
	6	Servizi all'agricoltura (potatura, noleggio di macchinari con operatore, gestione di impianti di irrigazione...)		42	Trasporto aereo di passeggeri	
<b>Industria</b>	7	Estrazione da cave e miniere (sabbia, marmo, petrolio ecc.)		43	Trasporto aereo di merci	
	8	Alimentare e del tabacco		44	Magazzinaggio e supporto al trasporto	
	9	Tessile e confezione di articoli di abbigliamento		45	Servizi postali e attività di corriere	
	10	Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili		46	Alloggi e ristorazioni	
	11	Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura...)		47	Editoria. Produzione cinematografica e televisiva. Studi di registrazione e riproduzione	
	12	Cartiere e attività cartotecniche		48	Telecomunicazioni fisse, mobili e satellitari	
	13	Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati		49	Produzione di software e consulenza informatica	
	14	Raffinerie e stabilimenti petrolchimici		50	Attività finanziarie, assicurative e mobiliari	
	15	Chimica e farmaceutica		51	Attività immobiliari	
	16	Gomma e plastica		52	Attività professionali (ricerca, sviluppo, consulenza, studi professionali, pubblicità...)	
	17	Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo ecc.		53	Attività di noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese (servizi di: vigilanza, pulizie, ricerca e gestione di personale...)	
	18	Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto (produzione e riparazione)		54	Istruzione	
	19	Strumenti elettrici, elettronici e ottici		55	Sanità e assistenza sociale	
	20	Energia, acqua, gas e vapore		56	Personale domestico (colf e assistenti familiari)	
	21	Gestione dei rifiuti		57	Attività artistiche, sportive di intrattenimento e divertimento	
	22	Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)		58	Altre attività riparazioni di computer e di beni personali e della casa, cura della persona (centri estetici, parrucchieri, ecc.), lavanderia e pulitura, ecc.	
	23	Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali...)		<b>Pubblica Amministrazione</b>	59	Amministrazione centrale dello Stato (ministeri, forze armate, ecc., per il personale scolastico far riferimento a Servizi/Istruzione)
<b>Artigianato</b>	24	Alimentare			60	Istituti e organismi territoriali
	25	Tessile e confezione di articoli di abbigliamento			61	Istituti di ricerca
	26	Conterie e fabbricazione articoli in pelle e simili			62	Parastato
	27	Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura...)				
	28	Cartiere e attività cartotecniche				
	29	Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati				
	30	Chimica e farmaceutica				
	31	Gomma e plastica				
32	Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo ecc.					
33	Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto					
34	Strumenti elettrici, elettronici e ottici					
35	Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)					
36	Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali...)					

**NOTA (4) - TIPOLOGIA DEL MEDICO**

**IN QUALITÀ DI:**

1	Medico di famiglia	7	Medico Enti Previdenziali: INAIL
2	Medico Competente	8	Medico Enti Previdenziali: INPS
3	Medico Ospedaliero	9	Medico Militare
4	Medico Specialista Ambulatoriale ASL/Azienda Ospedaliera	10	Medico Ministero dell'Interno (es. Polizia ecc.)
5	Medico Dipartimento Prevenzione ASL	11	Medico del Patronato
6	Medico Istituto Universitario	12	Libero Professionista
		13	Altro

**NOTA (5): Le informazioni contenute nel certificato alimentano il Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate di cui all'art.10 D.Lgs. n.38/2000. Rimane a carico del medico l'obbligo di invio della denuncia/segnalazione ai sensi dell'art.139 del T.U. (DPR n.1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.**

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

<b>DENOMINAZIONE</b>	Certificazione Medica di Malattia Professionale
<b>NUMERO (identifica il modulo)</b>	Mod. 5 SS bis
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di malattia professionale da inviare all'INAIL e al datore di lavoro. Il certificato è predisposto in tre copie.</p> <p><b>Copia A per l'Inail</b> <b>Copia B per l'Assicurato</b> composte da tre pagine contenenti:</p> <p>la pag. 1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici dell'assicurato e dati anagrafici del medico certificatore;</li><li>• diagnosi e informazioni sull'attività lavorativa e sull'agente/ esposizione / rischio che presumibilmente hanno causato la malattia certificata dal medico.</li></ul> <p>la pag. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".</li></ul> <p>la pag. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa e richiesta di accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento della malattia professionale.</li></ul> <p>La compilazione della pagina 3 è a cura dell'assicurato e deve essere resa al medico ai fini della compilazione delle pagine 1 e 2.</p> <p><b>Copia C per il Datore di Lavoro</b> composta da due pagine contenenti:</p> <p>la pag. 1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici dell'assicurato, dati anagrafici del medico certificatore.</li><li>• diagnosi e informazioni sull'agente/ esposizione che presumibilmente hanno causato la malattia certificata dal medico.</li></ul> <p>la pag. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa e richiesta di accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento della malattia professionale, forniti dall'assicurato.</li></ul>
<b>A COSA SERVE</b>	<p>a certificare (come primo certificato o continuativo o definitivo o di riammissione in temporanea) la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.</p> <p><b>Le informazioni contenute nella prima pagina alimentano il Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate di cui all'art.10 D.Lgs. n.38/2000. Rimane a carico del medico l'obbligo di invio della denuncia/segnalazione ai sensi dell'art.139 del T.U. (DPR n.1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.</b></p>
<b>QUANDO SI USA</b>	<p>quando un medico rileva una malattia, associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro, per la quale sospetta un'origine professionale.</p> <p><b>Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica ed è disponibile sul portale dell'Istituto in formato compilabile dall'utente.</b></p>