

Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art. 139 DPR 1124/65 e art. 10 del DLgs 38/2000
Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10/06/2014

Referto ex art. 365 c.p. (1) – art. 334 c.p.p.

Il sottoscritto Dott. _____

residente a _____

tel./cell. _____ e_mail _____

in qualità di (2)

comunica di avere: **accertato** **posto il sospetto diagnostico**

di MALATTIA PROFESSIONALE per la/il Signora/Signor

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M/F) _____

Nato a _____ il _____ Nazionalità _____

Residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____

Attualmente: lavoratore dipendente pensionato lavoratore autonomo

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) _____

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____

Unità Locale/Cantiere in via _____ Comune _____

(specificare quando diversa dalla sede legale, in particolare quando la sede legale è ubicata fuori dalla Provincia di Ferrara)

Settore lavorativo (o tipologia produttiva) _____

Mansione _____ Assunto il _____

DIAGNOSI (*) (elenco DM 10/06/2014 – codice identificativo)

E' stato compilato il primo certificato medico di malattia professionale? **SI** **NO**

Segnalato all'INAIL in data _____ **SI** **NO**

ANAMNESI LAVORATIVA (**)

Ragione Sociale	Comune	Mansione/Attività lavorativa	Dal	Al	Rischi

ATTIVITA' LAVORATIVA CORRELABILE ALLA MALATTIA

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) _____

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____

Unità Locale/Cantiere in via _____ Comune _____

(specificare quando diversa dalla sede legale, in particolare quando la sede legale è ubicata fuori dalla Provincia di Ferrara)

Settore lavorativo (o tipologia produttiva) _____

Mansione _____ dal _____ al _____

Accertamento diagnostico compiuto in sede di:

visita preventiva visita periodica altro

Notizie anamnestiche di rilievo: _____

Data di compilazione _____

Timbro e Firma del Medico

- (1) Da barrare ove non si provveda con modulo a parte e solo qualora gli accordi con le Procure locali indichino i Servizi PSAL come destinatari dei referti.
- (2) Medico Competente – Medico di Medicina Generale – Medico Specialista

(*) Allegare copia della più recente documentazione clinica

(**) Indicare anche i dati relativi all'Azienda da cui il lavoratore attualmente dipende, specificando le eventuali variazioni nel tempo di mansione e di attività