

Alla **Direzione Territoriale del Lavoro di BOLOGNA**
Viale Masini, 14
40126 Bologna - BO -
All' **U.O. C PSAL AUSL Imola**
Via Amendola, 8
40026 Imola (BO)

- Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art. 139 DPR 1124/1965 e art.10 del D.Lgs. 38/2000
Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale del 10/06/14
- Referto ex art. 365 c.p. (1)

Medico dichiarante:

Cognome _____ Nome _____
In qualità di _____ Tel _____

Informazioni relative all'Assistito e al lavoro attuale:

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____
Data di nascita _____ Comune o stato estero di nascita _____ Prov. _____
Nazionalità _____
Comune di residenza _____ Prov. _____ n. telefono _____
Attualmente lavoratore: X dipendente autonomo pensionato altro
Datore di Lavoro (Ragione Sociale) _____
Via 1 _____ Comune _____ Prov. _____
Mansione (3) _____ Settore lavorativo (3) _____

Informazioni sulla malattia (elenco Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale del 10/6/14) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile:

Lista _____ Agente/Lavorazione/Esposizione _____
Malattia _____ Codice _____
Malattia diagnosticata per la prima volta il _____ in occasione di:
 visita preventiva visita periodica visita su richiesta visita alla cessazione del rapporto di lavoro
 Altro _____ Eventuale data abbandono lavoro _____

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 ecc.
(3) Indicare, impiegando la scheda di anamnesi lavorativa allegata, tutti i datori di lavoro, i settori, le mansioni e il rischio cui è possibile correlare la malattia.

SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA del Sig./ra _____
 (Ripetere nome e cognome)

Ditta Ragione sociale	Sede Ditta	Tipo attività Ditta	Mansione lavorativa	Dal	Al	rischio	Livello di rischio (1)

(1) Riportare i livelli di esposizione (ad esempio Lex 8h, ppeak per il rumore) come previsto per legge (d.l.gs 81/08) e, ove non previsto, come riportato nelle norme di buona tecnica (ad esempio checklist o index OCRA per i movimenti ripetitivi).

Eventuali ulteriori osservazioni

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

Si allega alla presente copia di tutta la documentazione sanitaria acquisita relativa alla malattia professionale in oggetto.

Data di compilazione

Timbro e firma del medico