

All' **U.O. PSAL AUSL di IMOLA**  
Viale Amendola, 8  
40026 Imola - BO -  
Alla **Direzione Provinciale del lavoro di BOLOGNA**  
Viale Masini, 14  
40126 Bologna - BO -  
Al Registro Nazionale delle malattie causate dal  
lavoro o ad esso correlate  
**c/o Sede INAIL di IMOLA**  
Viale Andrea Costa, 74  
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 delle Politiche sociali del 27/04/2004 (G.U. n.134 del 10/06/2004)
- Referto ex art. 365 c.p. (1)

**Medico dichiarante:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di (2) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Informazioni relative all'Assistito e al lavoro attuale:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune o stato estero di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

Attualmente lavoratore:  dipendente  autonomo  pensionato  altro

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Mansione (3) \_\_\_\_\_ Settore lavorativo (3) \_\_\_\_\_

**Informazioni sulla malattia (elenco DM 14.01.08) 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_