



INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato All'INAIL

Grid for Date of Dispatch

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Stamp area for arrival stamp

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Form section 1: Personal and employment data (Cognome, Nome, Codice Fiscale, etc.)

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Form section 2: Employer and workplace data (Posizione assicurativa territoriale, Codice Ditta, etc.)

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Form section 3: Retributive data (DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO)

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

Form section 4: Basis of retributive data (LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO?)

Form section 5: Additional elements of retributive data (ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO)

Form section 6: Summary of retributive data (SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U)

Copia conforme al modello ministeriale - www.inail.it

PrintMod STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 - Fax 0445 540515 - www.studio74.it



101A12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG / MM / AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG / MM / AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG / MM / AAAA DAL GG / MM / AAAA DAL GG / MM / AAAA

AL GG / MM / AAAA AL GG / MM / AAAA AL GG / MM / AAAA

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG / MM / AAAA

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

GG / MM / AAAA GG / MM / AAAA

GG / MM / AAAA GG / MM / AAAA

DATA TIMBRO E FIRMA

Copia A - Da inviare all'INAIL

Copia conforme al modello ministeriale - www.inail.it

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

PrimoModul STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540515 - www.studio74.it