

ACCORDO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI NORMATIVI ED ECONOMICI PER LA REDAZIONE DELLE CERTIFICAZIONI RESE A FAVORE DEGLI INFORTUNATI SUL LAVORO E TECNOPATICI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE.

Premesso che:

- Il comma 1 dell'art 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67, stabilisce che "l'INAIL, in deroga al disposto dell'art 14, comma 3, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n.833, provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici";
- l'INAIL, in attuazione di tale disposto legislativo, ha definito la disciplina relativa alla certificazione di competenza, secondo criteri idonei a garantire l'espletamento dei suoi compiti istituzionali in conformità a quelli delineati nella legge del 9 marzo 1989, n. 88 e alle norme di attuazione della legge del 7 agosto 1990, n. 241 per quanto concerne in particolare la qualità e tempestività delle prestazioni e dei servizi a favore dei lavoratori infortunati e tecnopatici;
- in tale ambito l'INAIL ha predisposto una specifica modulistica per le certificazioni redatte dai medici esterni (cfr. all.ti A e B);
- le predette certificazioni configurano una forma di fattiva collaborazione con l'Istituto nella gestione del caso di infortunio, in quanto non sono una semplice attestazione dell'inabilità temporanea al lavoro, ma contengono informazioni utili, così come previsto dall'art. 53 del T.U., per l'istruttoria medico-legale che sarà svolta successivamente dai medici dell'Istituto. Si fa riferimento ai dati anamnestici lavorativi e patologici, nonché alle menomazioni lavorative ed extra-lavorative preesistenti e ad ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso;
- sempre nell'ottica della qualità e tempestività delle prestazioni e servizi a favore degli assicurati, le parti firmatarie del presente Accordo riconoscono il valore aggiunto professionale dell'utilizzo delle procedure informatiche, e si impegnano a mettere in atto tutte le iniziative per la piena informatizzazione delle attività di certificazione. Dette iniziative daranno risalto, sotto il profilo professionale, alla raccolta dei dati anamnestici lavorativi e patologici;
- insieme all'informatizzazione, le parti intendono approfondire, congiuntamente, gli aspetti sanitari collegati ai rischi lavorativi, al fine di rendere un fattivo contributo all'emersione delle patologie lavoro-correlate e a tutte le rilevazioni statistico-epidemiologiche che una reale collaborazione possa consentire, con

particolare riguardo all'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate di cui al comma 5 dell'art.10 del D.lgs. n.38/2000;

- l'INAIL porrà in essere un'attività formativa atta a favorire la migliore efficacia del presente Accordo;
- le parti si impegnano a garantire che la gestione ed il trattamento dei dati sensibili sia effettuata nel pieno rispetto delle disposizioni di cui alla legge n.196/2003 in materia di privacy.

L'INAIL, nella persona del suo Presidente e legale rappresentante, domiciliato per la carica in Roma, via IV Novembre n. 144

e

Le Rappresentanze sindacali di categoria **CGIL MEDICI - FED.CISL MEDICI - FED MEDICI** aderente alla **UIL- CIVEMP (SIVEMP-SIMET) -FESMED - UMSPED (Aaroi,Aipac,Snr)- CIMO ASMD-ANAAO ASSOMED - ANPO**

concordano quanto segue:

#### **Art 1. Campo di applicazione.**

Il presente Accordo regola i rapporti tra l'INAIL e i medici delle Strutture Sanitarie Pubbliche.

#### **Art. 2. Compiti del medico.**

Il medico si impegna a redigere la certificazione (modelli A e B) riportando le informazioni previste dall'art. 53 del T.U. 1124 del 30 giugno 1965, nonché tutti gli altri dati presenti nella nuova modulistica.

Il medico si impegna altresì a trasmetterla all'INAIL, direttamente o tramite la Struttura in cui opera, entro il primo giorno di attività ambulatoriale successivo alla visita, pena la non corresponsione degli emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4.

La certificazione, redatta sulla base del modello di cui agli allegati A e B, deve essere completa in ogni sua parte, pena la non corresponsione dei predetti emolumenti previsti dagli artt. 3 e 4.

Detti modelli potranno essere suscettibili di modifica in relazione a nuove disposizioni di legge o a intervenuti regolamenti in materia di privacy.

La trasmissione dovrà avvenire per via informatica o a mezzo fax.

L'INAIL mette a disposizione delle Strutture Sanitarie la procedura informatica per la gestione telematica delle certificazioni rese a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici secondo le modalità indicate nella nota tecnica (all.C).

L'installazione e la manutenzione del programma informatico è in capo alle Strutture Sanitarie.

La sede del trattamento informatico delle certificazioni di cui al presente Accordo è decisa dalle Strutture Sanitarie in accordo con i medici. Comunque, al fine di

garantire l'invio delle certificazioni INAIL in tempo reale, la procedura informatica INAIL off line va installata come 'derivata' dello strumento informatico utilizzato dai medici delle Strutture per la loro attività assistenziale istituzionale.

Il sistema prevede una attestazione informatica di ricezione del certificato da parte dell'INAIL.

Il medico, nel redigere il certificato, dovrà attenersi alle specifiche tecniche e alle modalità procedurali definite dall'INAIL medesimo, nel rispetto delle disposizioni del D. lgs. n.82 del 7 marzo 2005 "Codice dell'Amministrazione digitale" e successive modifiche ed integrazioni. In particolare, dovrà richiedere all'INAIL l'autenticazione per l'accesso alla funzione di invio telematico delle certificazioni.

Il medico della Struttura si impegna, inoltre, a consegnare copia cartacea per l'infortunato e per il datore di lavoro, ottenuta a mezzo stampa; la struttura si impegna a conservare, per un massimo di tre anni dalla data di compilazione, un'ulteriore copia, debitamente sottoscritta da parte dell'interessato per essere esibita a richiesta dell'INAIL o di altro Ente o Organismo.

Nelle more dell'informatizzazione, la certificazione avverrà sulla versione cartacea dei predetti modelli A e B predisposti dall'INAIL.

L'INAIL si impegna a fornire alla Struttura Sanitaria i modelli cartacei sulla base di apposita richiesta.

In mancanza dei predetti modelli il medico potrà redigere il certificato su copia a stampa, che potrà essere scaricata dal sito [www.inail.it](http://www.inail.it) (Assicurazione, Modulistica - download dei modelli, "Certificazione medica"), completandolo, comunque, in ogni sua parte e inoltrandolo all'INAIL.

Anche nel caso in cui il medico rediga il certificato su supporto cartaceo provvederà a consegnare copia per l'infortunato e per il datore di lavoro.

### Art. 3. Compensi.

Il compenso stabilito per la redazione di ciascun certificato è pari euro 27,50 e viene corrisposto per un massimo di tre certificati a caso.

L'eventuale riammissione in temporanea per lo stesso caso non dà luogo ad ulteriori compensi.

L'INAIL provvede alla liquidazione dei compensi trimestralmente.

Le Strutture sanitarie ricevono per intero dall'INAIL i compensi stabiliti dal presente accordo. La ripartizione è regolata dall'Accordo nazionale di lavoro.

### Art. 4. Compenso professionale per la trattazione informatica del caso.

Costituisce maggior apporto professionale della prestazione medica la compilazione e l'invio della certificazione mediante mezzo informatico, dovendo la certificazione essere redatta e trasmessa in tempo reale.

Tale utilizzo prevede l'inserimento dei dati negli specifici campi - stabiliti nel modello informatico conforme agli allegati A e B - attinenti, tra l'altro, l'anamnesi lavorativa e patologica del soggetto, nonché le menomazioni lavorative ed extra lavorative preesistenti ed ogni altro elemento clinico diagnostico necessario alla trattazione del caso.

Analogamente deve essere considerato apporto professionale quello connesso con la trattazione informatica del caso, comprensiva della eventuale trascrizione e invio telematico dei contenuti delle certificazioni redatte da altri medici (ancorché non convenzionati) con conseguente integrazione e valutazione dei contenuti del modello cartaceo.

Per la trattazione informatica del caso, secondo i criteri riportati nell'art.2, è previsto un aumento del compenso pari a 5 euro per ogni certificazione trasmessa all'INAIL in via telematica, sempre nel limite massimo di tre certificati.

#### **Art. 5. Obblighi contributivi e ritenute.**

I compensi sono esenti da IVA ai sensi della circolare n.4 del 28 gennaio 2005 dell'Agenzia delle Entrate e secondo quanto previsto nella Risoluzione n. 36/E del 13 marzo 2006 dell'Agenzia stessa.

#### **Art. 6. Avvio dell'infortunato all'INAIL.**

Il medico, sempre nell'ottica di agevolare la tempestiva "presa in carico" dell'assicurato da parte dell'INAIL, avvierà subito dopo l'assicurato stesso alle Strutture INAIL per gli ulteriori accertamenti medico-legali e per la relativa certificazione.

Eventuali certificazioni rilasciate successivamente alla convocazione dell'assicurato da parte dell'INAIL non daranno luogo alla corresponsione di alcun compenso.

#### **Art. 7. Formazione.**

Le parti si impegnano a promuovere opportune iniziative scientifiche e di formazione dei medici in merito alla piena conoscenza della legislazione in materia, anche ai fini della corretta aderenza della certificazione alla normativa vigente.

#### **Art.8. Istituzione Comitato Tecnico Scientifico**

È istituito un Comitato Tecnico Scientifico, a livello centrale, composto pariteticamente da medici dell'INAIL e medici delle OO.SS di categoria firmatarie del presente Accordo.

Il Comitato sarà finalizzato al miglioramento dei rapporti professionali sulla materia delle certificazioni INAIL redatte dai medici operanti nelle Strutture Sanitarie Pubbliche, anche nell'ottica di garantirne la corretta compilazione, al monitoraggio delle certificazioni stesse e all'approfondimento della conoscenza delle patologie lavoro- correlate. Detto Comitato dovrà riunirsi con cadenza almeno semestrale.

#### **Art. 9. Denunce segnalazioni ai sensi dell'art. 139 del T.U. (DPR n. 1124/65).**

In attesa della semplificazione del flusso di trasmissione delle denunce/segnalazioni di cui al combinato disposto dell'art.139 del T.U., DPR n.1124/65, e dell'art.10 del D. lgs. n.38/2000, ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate, istituito presso l'Istituto ai sensi del comma 5 del citato art.10 i medici si impegnano a trasmettere copia di dette denunce/segnalazioni alle competenti Sedi dell'INAIL.



L'INAIL si impegna, altresì, a realizzare idonei strumenti informatici al fine di agevolare sia la compilazione che la trasmissione all'INAIL delle copie di dette denunce/segnalazioni.

#### Art. 10. Durata dell'accordo.

Il presente Accordo ha durata biennale con decorrenza dalla sottoscrizione e mantiene i suoi effetti fino al rinnovo, che dovrà intervenire entro sei mesi dalla sua scadenza.

#### Norma finale.

Le parti, nel ribadire che la trattazione telematica della certificazione è a grande valore aggiunto sotto il profilo professionale e istituzionale, confermano il reciproco impegno a favorire il rapido pieno sviluppo di tale attività informatica nell'ambito delle strutture ospedaliere. A tal fine l'Istituto e le parti sindacali si impegnano a realizzare il periodico monitoraggio della trasmissione telematica, al fine di individuare elementi di interesse comune che rappresentino necessari correttivi all'Accordo.

Trascorsi sei mesi dalla stipula dell'Accordo le parti procedono alla prima verifica in tal senso.

Roma, 24 DIC. 2007

CGIL MEDICI

FED.CISL.MEDICI

FED.MEDICI aderente alla UIL

CIVEMP (SIVEMP-SIMET)

FESMED

UMSPED (Aaroi, Aipac, Snr)

CIMO ASMD

ANAAO ASSOMED

ANPO

PER L'INAIL  
IL PRESIDENTE

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO      ☐ CONTINUATIVO      ☐ DEFINITIVO      ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso MF ☐

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASL \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ in (Comune o Stato Estero) \_\_\_\_\_

L'EVENTO È AVVENUTO IL \_\_\_\_\_

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Settore Lavorativo      ☐ Agricoltura      ☐ Industria      ☐ Artigianato      ☐ Pubblica Amministrazione      ☐ Servizi o Terziario      ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

/ dal giorno \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

L'evento \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_



## CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M/F ☐

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASI \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ In (Comune e Stato Estero) \_\_\_\_\_

L'EVENTO È AVVENUTO IL \_\_\_\_\_

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'incidento

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

PROGnosi: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

L'evento \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_



COGNOME

[illegible]

NOME

[illegible]

## SINTESI DELL'ESAME OBIETTIVO

[illegible]

## DIAGNOSI

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### ACCERTAMENTI GIÀ PRATICATI

\_\_\_\_\_

## PRESCRIZIONI

PREPARED BY \_\_\_\_\_

**ESAMI SPECIALISTICI**

\_\_\_\_\_

ALTRO

---

---

---

Si presume invalidità permanente ☒ SI ☐ NO ☐ Prognosi riservata ☐ Pericolo di vita

☐ Ricovero ospedaliero presso ☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia ☐ Nessuna delle precedenti**DATI ANAMNESTICI RIFERITI ALL'EVENTO**

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI ☐ SI ☐ NO

Quasi

\_\_\_\_\_

☐ Invalido civile      ☐ Pensionato INPS      ☐ Altro .....

### OSSERVAZIONI DEL MEDICO

[illegible]

Luogo

[illegible]

Data di rilascio

GG

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

4.4.4

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

AAA

 **Ministero della Sanità** Medico o del Presidio Sanitario

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO**
☐ PRIMO      ☐ CONTINUATIVO      ☐ DEFINITIVO      ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |
|-------------------------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|-------|--|-----|--|------|--|----------------------------|--|-------------|--|-----------|--|
| Cognome                       |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Nome  |  |     |  |      |  |                            |  |             |  | Sesso M/F |  |
| Nato a (Comune)               |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Prov. |  | GG  |  | MM   |  | AAAA                       |  | Nazionalità |  |           |  |
| Residente a (Comune)          |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Prov. |  | CAP |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |
| Indirizzo (via, piazza, ecc.) |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |      |  | N. civico                  |  |             |  |           |  |
| Codice ISTAT                  |  |  |  | Codice ASL |  |  |  | Codice Fiscale |  |       |  |     |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |
| L'EVENTO È AVVENUTO IL        |  |  |  |            |  |  |  |                |  | GG    |  | MM  |  | AAAA |  | In (Comune o Stato Estero) |  |             |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |      |  |                            |  |             |  |           |  |

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale

Indirizzo (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

 Settore Lavorativo      ☐ Agricoltura      ☐ Industria      ☐ Artigianato      ☐ Pubblica Amministrazione      ☐ Servizi o Terziario      ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione)

Attività lavorative precedentemente svolte

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AAAA alle ore ,

Data GG / MM / AAAA

Firma dell'assicurato

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Luogo GG / MM / AAAA Data di rilascio

Timbro e Firma del Medico

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DENOMINAZIONE                    | Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| NUMERO<br>(identifica il modulo) | Mod. 1 SS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| DESCRIZIONE                      | <p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.</p> <p>I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'INAIL corredato da apposita denuncia.</p> <p>Il certificato è composto di due pagine.</p> <p><b>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'assicurato;</li><li>- Copia C per il datore di lavoro.</li></ul> <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato;</li><li>• diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore.</li></ul> <p><b>La pag. 2 è predisposta in due copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'assicurato;</li></ul> <p>Essa contiene:</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> |
| A COSA SERVE                     | a certificare lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| QUANDO SI USA?                   | quando un medico rileva uno stato di inabilità temporanea al lavoro, o la cessazione dello stesso, derivato da lesioni riportate a seguito di un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| NOTE                             | Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO      ☐ CONTINUATIVO      ☐ DEFINITIVO      ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M/F ☐

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASL \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

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

Assicurato: ☐ Dipendente ☐ Autonomo

Settore Lavorativo: ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

| dal | al | Datore di lavoro | Comune | Settore Lavorativo | Attività Lavorativa/Mansione |
|-----|----|------------------|--------|--------------------|------------------------------|
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

\_\_\_\_\_

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

\_\_\_\_\_

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro ☐ SI ☐ NO

dal giorno \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_





## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

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

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASL \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

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

Assicurato: ☐ Dipendente ☐ Autonomo

Settore Lavorativo: ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

| dal | al | Datore di lavoro | Comune | Settore Lavorativo | Attività Lavorativa/Mansione |
|-----|----|------------------|--------|--------------------|------------------------------|
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

\_\_\_\_\_

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Data GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

\_\_\_\_\_

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro ☐ SI ☐ NO

dal giorno GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data di rilascio GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**
☐ PRIMO      ☐ CONTINUATIVO      ☐ DEFINITIVO      ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
|-------------------------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|-------|--|-----|--|----|--|------|--|-------------|--|-----------|--|
| Cognome                       |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Nome  |  |     |  |    |  |      |  |             |  | Sesso M/F |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
| Nato a (Comune)               |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Prov. |  | GG  |  | MM |  | AAAA |  | Nazionalità |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
| Residente a (Comune)          |  |  |  |            |  |  |  |                |  | Prov. |  | CAP |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
| Indirizzo (via, piazza, ecc.) |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  | N. civico |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
| Codice ISTAT                  |  |  |  | Codice ASL |  |  |  | Codice Fiscale |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |
|                               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |       |  |     |  |    |  |      |  |             |  |           |  |

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|----|--|------|--|--|--|--|--|-----------|--|
| Datore di lavoro attuale dal     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | GG    |  | MM |  | AAAA |  |  |  |  |  |           |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
| Cognome e nome o ragione sociale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
| Indirizzo (via, piazza, ecc.)    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  | N. civico |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
| Comune                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Prov. |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |    |  |      |  |  |  |  |  |           |  |

Assicurato:      ☐ Dipendente      ☐ Autonomo

Settore Lavorativo:      ☐ Agricoltura      ☐ Industria      ☐ Artigianato      ☐ Pubblica Amministrazione      ☐ Servizi o Terziario      ☐ Altro

Descrizione attività lavorativa attuale (mansione)

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

| dal | al | Datore di lavoro | Comune | Settore Lavorativo | Attività Lavorativa/Mansione |
|-----|----|------------------|--------|--------------------|------------------------------|
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

|  |
|--|
|  |
|--|

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame?      GG      MM      AAAA

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame      GG      MM      AAAA

Data      GG      MM      AAAA

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI**

|  |
|--|
|  |
|--|

☒ La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro      SI      NO

dal giorno      GG      MM      AAAA      fino a tutto il      GG      MM      AAAA

Luogo      GG      MM      AAAA      Data di rilascio      GG      MM      AAAA

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO      ☐ CONTINUATIVO      ☐ DEFINITIVO      ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M/F ☐

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Codice ISTAT \_\_\_\_\_ Codice ASI \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale dal \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Contratto \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Assicurato: ☐ Dipendente ☐ Autonomo

Settore Lavorativo: ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

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

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte

| dal | al | Datore di lavoro | Comune | Settore Lavorativo | Attività Lavorativa/Mansione |
|-----|----|------------------|--------|--------------------|------------------------------|
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |
|     |    |                  |        |                    |                              |

Situazione Lavorativa/Lavorazione/Sostanza che avrebbe determinato la malattia

\_\_\_\_\_

Quando è stata posta per la prima volta la diagnosi della malattia in esame? \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia in esame \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Il sottoscritto fornisce i suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazioni economiche e sanitarie connesse al riconoscimento di malattia professionale, previste dalla normativa vigente

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

\_\_\_\_\_

La malattia produce inabilità temporanea assoluta al lavoro ☐ SI ☐ NO

dal giorno \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_ fino a tutto il \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DENOMINAZIONE                    | Certificazione Medica di Malattia Professionale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NUMERO<br>(identifica il modulo) | Mod. 5 SS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| DESCRIZIONE                      | <p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di malattia professionale da inviare all'INAIL e al datore di lavoro.</p> <p>Il certificato è composto di due pagine.</p> <p><b>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'Assicurato;</li><li>- Copia C per il datore di lavoro.</li></ul> <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa, richiesta di accesso alle prestazioni economiche e sanitarie sottoscritti dall'assicurato;</li><li>• prognosi sottoscritta dal medico certificatore.</li></ul> <p><b>La pag. 2 è predisposta in due copie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Copia A per l'INAIL;</li><li>- Copia B per l'Assicurato;</li></ul> <p>Essa contiene:</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> |
| A COSA SERVE                     | a certificare la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| QUANDO SI USA?                   | quando un medico rileva una malattia associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| NOTE                             | Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## ALLEGATO C

### **ACCORDO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI NORMATIVI ED ECONOMICI PER LA REDAZIONE DELLE CERTIFICAZIONI RESE A FAVORE DEGLI INFORTUNATI SUL LAVORO E TECNOPATIOCI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE .**

Le modalità tecniche di trasmissione telematica delle certificazioni attualmente previste sono:

- 1) Modalità ON LINE, mediante collegamento diretto al sito dell'Istituto e con compilazione interattiva delle mappe previste dalla apposita procedura.
- 2) Modalità OFF LINE, mediante compilazione delle mappe interattive, con invio differito al medesimo sito INAIL, scaricando preventivamente sulla propria postazione di lavoro il programma – fornito dall'INAIL – per la compilazione dei moduli dei certificati.
- 3) Modalità OFF LINE da tracciato, appositamente generato dal programma proprio del medico sulla base delle specifiche fornite dall'Istituto in coerenza con i modelli cartacei A e B, ed inviato con modalità differita al sito INAIL.