

All'Ispettorato territoriale del lavoro \_\_\_\_\_

Alla Asl \_\_\_\_\_

Al Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate c/o sede Inail \_\_\_\_\_

**Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi dell'art. 139 d.p.r. 1124/1965 e art. 10 del d.lgs. 38/2000**

Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 10/06/2014 (G.U. n. 212 del 12/09/2014) e s.m.i.

**Medico dichiarante**

Cognome _____	Nome _____
Codice fiscale _____	Telefono _____
In qualità di <sup>1</sup> _____	
Nel comune di _____	Prov. _____ Cap _____
Presso la struttura _____	Asl _____

**Informazioni relative all'assistito e al lavoro attuale/ultimo**

Cognome _____	Nome _____	Sesso	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>
Codice fiscale _____	Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____			
Comune di nascita _____	Prov. _____	Nazionalità _____		
Comune di residenza _____	Prov. _____	Cap _____		
Comune di domicilio _____	Prov. _____	Cap _____		
Asl domicilio _____	Asl residenza _____	Attualmente lavoratore	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Datore di lavoro attuale/ultimo (Ragione sociale) _____				
Comune _____ Prov. _____				
Settore lavorativo● _____		Subsettore● _____		
Attività lavorativa/mansione _____		dal (GG/MM/AAAA) _____	al (GG/MM/AAAA) _____	
Agente/lavorazione/esposizione _____				

<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Ad esempio: Medico di Medicina Generale, Medico di Continuità Assistenziale, Medico Ospedaliero, Medico Competente.

**Informazioni sulla malattia (elenco d.m. 10/06/2014) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile**

Malattia _____	
Agente/Lavorazione/Esposizione _____	
<input type="radio"/> Lista I	<input type="radio"/> Lista II
<input type="radio"/> Lista III	Codice (v. d.m. 10/06/2014) _____
Data prima diagnosi (GG/MM/AAAA) _____	Eventuale data abbandono lavoro (GG/MM/AAAA) _____
Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale (GG/MM/AAAA) _____	
Datore di lavoro per il quale l'assicurato svolge/svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia	
Ragione sociale _____	
Comune (abituale luogo di lavoro) _____	Prov. _____ Cap _____
Settore lavorativo <sup>1</sup> _____	Subsettore <sup>1</sup> _____
Attività lavorativa/mansione _____	dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
L'attività è/era svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se Sì quale azienda? _____	
_____	Comune _____ Prov. _____ Cap _____
<input type="radio"/> Dipendente	<input type="radio"/> Autonomo
<input type="radio"/> Altro (specificare) _____	

**Informazioni integrative**

(da compilare nel caso in cui non sia stata indicata l'attività lavorativa correlata alla malattia professionale)

**Scheda di anamnesi lavorativa<sup>2</sup>**

Periodo di svolgimento della mansione Dal (MM/AAAA)	AI (MM/AAAA)	Datore di lavoro (Ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo e subsettore <sup>1</sup>	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Mansione/Attività lavorativa

**Note/altre informazioni**


---



---



---

Luogo \_\_\_\_\_ data (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del medico

<sup>2</sup> Non riportare nell'anamnesi lavorativa le informazioni relative all'attività lavorativa attuale/ultima e a quella presumibilmente correlata alla malattia, se già indicate nelle precedenti sezioni.