

Al Servizio PSAL ASL di _____

Alla Direzione Provinciale del lavoro di _____

Al Registro Nazionale delle malattie causate
dal lavoro o ad esso correlate
c/o Sede INAIL _____

- Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art. 139 DPR 1124/1965 e art.10 del D.Lgs. 38/2000
- Referto ex art. 365 c.p. (1)

Medico dichiarante:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ n. telefono: _____

In qualità di (2) _____

Nel Comune di _____ Prov. _____ presso la Struttura _____

Informazioni relative all'Assistito e al lavoro attuale:

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M/F) _____

Codice fiscale _____ Data di nascita _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazionalità _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ n. telefono _____

ASL _____

Attualmente lavoratore SI NO

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) _____

Settore lavorativo (3) _____ Comune _____ Prov. _____

Informazioni sulla malattia (elenco DM 14.1.2008) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile:

Lista _____ Agente/Lavorazione/Esposizione _____

Malattia _____ Codice _____

Data prima diagnosi _____ Eventuale data abbandono lavoro _____

Datore Lavoro (Ragione Sociale) _____

Settore lavorativo (3) _____ Mansione/Attività lavorativa (3) _____

Dipendente Comune dove si è svolta l'attività lavorativa _____ Prov. _____

Autonomo

Data di compilazione

Timbro e firma del medico

SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA

Ditta Ragione sociale	Sede Ditta	Tipo attività Ditta	Mansione lavorativa	Dal	Al	Rischio

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

Firma del Lavoratore

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.
- (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