

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: **IND** **AGR**

N. FASCICOLO

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del **PRIMO** fascicolo

**QUADRO
A**

Cognome _____ Nome _____ Sesso M / F

Nato a (Comune) _____ GG / MM / AA Prov. il GG / MM / AA

Residente a (Comune) _____ Prov. CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ Numero Civico / _____

COD. ISTAT _____ COD. USL _____ l'evento è avvenuto il GG / MM / AA in (Comune) _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

**RISERVATO
AL DATORE
DI LAVORO**

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo _____ Ragione sociale _____

Indirizzo _____ CAP _____ COMUNE _____ Prov. _____

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri _____ Data e firma dell'infortunato _____

**QUADRO
B**

CERTIFICATO MEDICO 6306688 **PRIMO** **CONTINUATIVO** **DEFINITIVO**

Infortunato (cognome e nome) _____ Codice fiscale _____

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AA alle ore _____

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI

.....

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI

.....

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI

.....

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni _____ riprende lavoro il GG / MM / AA pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO

.....

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero NO SI se **SI**, presso' _____
esami specialistici _____

Codice del medico o del presidio sanitario _____ Luogo e data del rilascio _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
per favore non uscire da questa zona

**QUADRO
C**

Si tratta di ricaduta? NO SI eventuali osservazioni _____

VISTO DEL MEDICO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	DATA	FIRMA	TIMBRO DI ARRIVO
--	-------------	--------------	-------------------------

**RISERVATO
INAIL**