

Alla ☐ Direzione Territoriale del Lavoro _____

☐ ASL _____

☐ _____

 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
 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 _____ n. telefono _____
 In qualità di (*) _____
 Nel Comune di _____ Prov. _____ Cap _____
 presso la Struttura _____ Asl _____

Informazioni relative all'assistito e al lavoro attuale/ultimo

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____
 Codice Fiscale _____ Data di nascita _____
 Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazionalità _____
 Comune di residenza _____ Prov. _____ Cap _____
 Comune di domicilio _____ Prov. _____ Cap _____
 ASL domicilio _____ ASL residenza _____ Attualmente lavoratore ☐ SI ☐ NO
 Datore di lavoro attuale/ultimo (Ragione sociale) _____
 Comune _____ Prov. _____
 Settore lavorativo (*) _____ Subsettore (*) _____
 Attività lavorativa/mansione _____ dal _____ al _____
 Agente/Lavorazione/Esposizione _____

Informazioni sulla malattia (elenco DM 10.06.2014) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile

Malattia _____
 Agente/Lavorazione/Esposizione _____
☐ Lista I ☐ Lista II ☐ Lista III Codice (v. DM 10.06.2014) _____
 Data prima diagnosi _____ Eventuale data abbandono lavoro _____
 Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale _____

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 (*) _____ Subsettore(*) _____

Attività lavorativa/Mansione _____ dal _____ al _____

L'attività è/era svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? ☐ SI ☐ NO Se SI quale azienda? _____

_____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

☐ Dipendente ☐ Autonomo ☐ 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 (a)

Periodo di svolgimento della mansione				Datore di Lavoro (Ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo e subsettore (*)	Rischio/ esposizione/ agente/ lavorazione	Mansione/Attività lavorativa
dal		al						
mese	anno	mese	anno					

NOTE/ALTRE INFORMAZIONI

Luogo e data

Timbro e firma del medico

(*) vd legenda allegata

(a) 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.