



N° Doc. _____

N° Arch. _____

Dichiarazione dell'assicurato (AS1 bis) - 1/3

(per infortunio sul lavoro, malattia professionale)

Alla Sede Inps di _____

Centro Medico Legale _____

Via _____ n. _____ cap _____

<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> A	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> CITTADINANZA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> RESIDENTE IN	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> INDIRIZZO	<input type="text"/>		<input type="radio"/> CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="radio"/> TELEFONO*	<input type="text"/>	<input type="radio"/> CELLULARE*	<input type="text"/>
<input type="radio"/> INDIRIZZO E-MAIL*	<input type="text"/>		

Dipendente dell'azienda (alla data dell'infortunio) _____

matricola aziendale _____

qualifica _____ tipo di contratto _____

con sede in via _____ città _____

orario di lavoro _____ ☐ sabato lavorativo ☐ mensa aziendale**Infortunio sul lavoro**

Barrare la casella corrispondente

Descrizione dettagliata della mansione lavorativa abituale e dell'ambiente in cui viene svolta _____

- ☐ presumo delle responsabilità del datore di lavoro riferite alle misure igieniche e di prevenzione
- ☐ ho effettuato visite preventive e/o periodiche (in caso negativo indicare la motivazione)

- ☐ sono affetto da precedenti patologie
- ☐ percepisco rendita Inail
- ☐ sono stato in precedenza assistito dall'Inail per la stessa patologia
- ☐ sono invalido civile (indicare la percentuale) _____ %
- ☐ percepisco l'assegno d'invalidità Inps

osservazioni (da compilare in caso di risposte affermative alle precedenti domande) _____

Infortunio avvenuto a _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

- ☐ l'infortunio è avvenuto "durante il percorso" (in itinere)
- ☐ l'infortunio è avvenuto durante il percorso per recarsi/rientrare a casa dopo il lavoro
- ☐ il tratto di strada rientra nel percorso abituale casa-lavoro e viceversa
- ☐ l'infortunio è stato denunciato all'Inail



Dichiarazione dell'assicurato (AS1 bis) - 2/3

(per infortunio sul lavoro, malattia professionale)

- ☐ si è verificato in occasione di un servizio esterno
- ☐ il servizio esterno era autorizzato
- ☐ l'Inail ha riconosciuto l'infortunio durante il percorso (in itinere)
- ☐ è in corso contenzioso amministrativo o giudiziario per il riconoscimento

L'infortunato ha abbandonato il lavoro il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

descrizione dell'accaduto _____

Presunto responsabile in caso di aggressione (cognome, nome e domicilio) _____

- ☐ Il datore di lavoro era presente

indicare i dati di eventuali testimoni _____

chi ha prestato il primo soccorso _____

struttura sanitaria che ha fornito l'assistenza _____

data (gg/mm/aaaa) _____ ora _____

diagnosi _____

prognosi _____

autorità che ha svolto gli accertamenti e sede di appartenenza (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro) _____

in quale sede Inail è aperta la pratica _____

Data _____ Firma _____

● Malattia professionale

Barrare la casella corrispondente

primi sintomi della malattia (indicare quale) _____

insorti il (gg/mm/aaaa) _____

- ☐ la malattia ha determinato astensione dal lavoro in data (gg/mm/aaaa) _____

accertamenti e cure effettuate _____

lavorazione a cui ero adibito precedentemente alla manifestazione della malattia _____

data d'inizio (gg/mm/aaaa) _____

in quale sede Inail è aperta la pratica _____

Data _____ Firma _____



Dichiarazione dell'assicurato (AS1 bis) - 3/3

(per infortunio sul lavoro, malattia professionale)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

● Osservazioni della struttura INPS

Dirigente medico di Sede _____

giudizio medico-legale _____

Data _____ Firma _____

Responsabile Unità di processo _____

Data _____ Firma _____