



101B11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

DENUNCIA DI SILICOSI E ASBESTOSI

All'INAIL di

Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a

GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile (1) (2)

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero)

Professione o Mestiere (5) Qualifica (6) Tipologia di lavoro (3) (4)

Contratto collettivo naz. Data di assunzione: GG - MM - AAAA / /

PERSONE A CARICO SI NO PARENTE DEL D.L. SI NO

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale

Codice Ditta C/C Codice Fiscale

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori

Lavorazione svolta Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

Empty rectangular box for work and substance information.

PERIODO DI ESPOSIZIONE

Form for exposure period with fields for DAL and AL, and sub-fields for GG, MM, and AAAA.

Table with columns: MANSIONI, NATURA ROCCIA, SILICE LIBERA (SI, NO), AMIANTO (SI, NO), NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI.

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty rectangular box for safety and prevention measures.

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

Empty rectangular box for name of doctor.

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?)

SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

Empty rectangular box for name of doctor.

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

Form for visit dates with two rows of GG, MM, and AAAA fields.

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI



101B11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

DENUNCIA DI SILICOSI E ASBESTOSI

All'INAIL di

Form for Section 1: Personal and employment details including name, tax code, birth date, address, and profession.

Form for Section 2: Employer details including territorial position, company code, address, and work location.

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI

Form for Section 3: Compensation data fields.



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

Empty box for work and substance details.

PERIODO DI ESPOSIZIONE

Form for exposure period with fields for DAL and AL, and sub-fields for GG, MM, AAAA.

Table with columns: MANSIONI, NATURA ROCCIA, SILICE LIBERA (SI, NO), AMIANTO (SI, NO), NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI.

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty box for safety and prevention measures.

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

Empty box for who visited the worker.

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?) SI NO

Empty box for who visited the employer.

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

Form for visit dates with fields for GG, MM, AAAA.

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI



101B11

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL
Data di spedizione - Riservato all'INAIL

**DENUNCIA DI SILICOSI
E ASBESTOSI**

All'INAIL di

Cognome Nome
Codice Fiscale Nato a
GG MM AAAA Stato di nascita Cittadinanza Sesso Stato civile
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico
Comune Prov. Cap
Codice ISTAT Comune Codice ASL Telefono (Prefisso/Numero) Tipologia di lavoro
Professione o Mestiere (5) Qualifica (6)
Contratto collettivo naz. Data di assunzione: GG - MM - AAAA PERSONE A CARICO PARENTE DEL D.L.

Posizione assicurativa territoriale C/C Cognome e nome o ragione sociale
Codice Ditta C/C Codice Fiscale
Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico
Comune Prov. Cap
Codice ISTAT Comune Telefono (Prefisso/Numero) Località dei lavori
Lavorazione svolta Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

I DATI RETRIBUTIVI VERRANNO RICHIESTI SUCCESSIVAMENTE SOLO SE NECESSARI



101B12

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE TABELLA SUL RETRO)

Empty box for work and substance details.

PERIODO DI ESPOSIZIONE

Form for exposure period with fields for DAL and AL, and sub-fields for GG, MM, AAAA.

Table with columns: MANSIONI, NATURA ROCCIA, SILICE LIBERA (SI, NO), AMIANTO (SI, NO), NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI.

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO? SI NO

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI? SI NO

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty box for safety and prevention measures.

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

Empty box for who visited the worker if applicable.

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (DI AMMISSIONI, PERIODICHE, E DI ALTRO GENERE?) SI NO

Empty box for who visited the employer if applicable.

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

Form for visit dates with two rows of GG, MM, AAAA fields.

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

**TABELLA LAVORAZIONI PER LE QUALI E' PREVISTA L'ASSICURAZIONE
CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI (allegato n. 8 al T.U., emanato con D.P.R. 1124/1965)**

“Silicosi”

- a) Lavori nelle miniere e cave in sotterraneo e lavori in sotterraneo in genere, lavori nelle miniere e cave a cielo aperto e lavori di scavo a cielo aperto, in presenza di roccia contenente silice libera.
- b) Lavori di frantumazione, macinazione, manipolazione di rocce, materiali ed abrasivi contenenti silice libera o che comunque espongono alla circolazione di polvere di silice libera
- c) Taglio, lavorazione, preparazione, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, adattamento in opera delle rocce e di altri materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera, taglio, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, eseguiti con impiego di materiali contenenti silice libera (escluse le operazioni di mola utensili, aventi carattere occasionale) o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- d) Produzione di mole e abrasivi in genere, di refrattari, di ceramiche, di cemento e del vetro limitatamente alle operazioni su materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- e) lavori nelle industrie siderurgiche, metallurgiche, meccaniche, nei quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- f) Produzione di laterizi, comprese le cave di argilla, ed altre lavorazioni nelle quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.

“Asbestosi”

Estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportano impiego ed applicazioni di amianto o di materiali che lo contengono o che comunque espongono alla inalazione di polvere di amianto.

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)

(4)

(5) Professione o mestiere

A = Dipendente
B = Autonomo senza dipendenti
C = Autonomo con dipendente
D = Coadiuvante familiare
E = Socio
F = Parasubordinato
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno
2 = Indeterminato a tempo parziale
3 = Determinato a tempo pieno
4 = Determinato a tempo parziale
5 = Stagionale
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname,
cassiere, operatore addetto a..., montatore di...,
installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.

01 = Dirigente
02 = Direttivo-quadro
03 = Impiegato o intermedio
04 = Operaio specializzato
05 = Operaio comune
06 = Sovrintendente
07 = Lavoratore a domicilio
08 = Viaggiatore - piazzista
09 = Medico radiologo
10 = Detenuto

11 = Ricoverato in casa di cura
12 = Religioso/a
13 = Artigiano
14 = Esercente attività commerciale
15 = Apprendista artigiano
16 = Apprendista non artigiano
17 = Tirocinante
18 = Contratto formazione lavoro
19 = Borsista
20 = Stagista

21 = Piano inserimento professionale
22 = Allievo corsi qualificazione
23 = Istruttore corsi qualificazione
24 = Studente
25 = Sportivo professionista
26 = Addetto a lavoro socialmente utile

99 = Altro (indicare in chiaro)