



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal and identification data section including fields for Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Qualifica, Professione o Mestiere, Contratto collettivo naz., Data di assunzione, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L.

Employer and workplace data section including fields for Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Table for reporting contributory data: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in contributory bases: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for reporting additional elements: Importo straordinario E, Importo festività cadenti di domenica F, Importo prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo diaria trasferita H, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L, Importo M, N, O, P, R, S, T, U, Accantonamento cassa edile, In %, Oppure, Giorni.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:

A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale grid



101A12

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)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG MM AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG MM AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

Empty text box for work and substance details

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA

AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty text 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?

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 (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA

GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA.....

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



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 MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal data section: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., Data di assunzione, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L.

Employer data section: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Table for reporting contributory data: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in contributory bases: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for reporting additional elements: Importo straordinario E, Importo: festività cadenti di domenica F, Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo: diaria trasferita H, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L, Tredicesima mensilità M, oppure, Importo N, oppure, Importo O, oppure, Importo P, Importo R, oppure, Importo S, oppure, Accantonamento cassa edile T, In % U

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

Totale generale grid



101A12

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)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG MM AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG MM AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

Empty text box for work and substance details

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA

AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty text box for safety measures

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

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

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 (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA

GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal information section including name, fiscal code, birth date, address, and profession.

Employer information section including company name, address, and type of work.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form for reporting contributory data: Oraria, Ore Sett., Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in contributory bases with date range.

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO

Form for reporting additional elements of remuneration (E, F, G, H, I, L, M, N, O, P, R, S, T, U).

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:

Form for the total sum calculation (A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U).



101A12

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)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG MM AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG MM AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

Empty text box for work and substance details

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA DAL GG MM AAAA

AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA AL GG MM AAAA

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE GG MM AAAA

ERA ADIBITO DIRETTAMENTE ALLA LAVORAZIONE? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

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

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

Empty text 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?

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 (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

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

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di Malattia Professionale deve essere **sempre** presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro 5 giorni dalla data in cui ha ricevuto il certificato medico riferito alla malattia stessa.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Si ricorda che il LAVORATORE:

- deve informare il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) della malattia professionale contratta entro 15 gg. dal manifestarsi dei primi sintomi per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. 1124/1965).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

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.

AGRICOLTURA

01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista
06 = Sovrintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante	
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro	
09 = Medico radiologo	19 = Borsista	
10 = Detenuto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del partecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del partecipante
11 = Partecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oli-veti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

							1	3	4
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---

(9) Solo per le Aziende Agricole

Descrivere la lavorazione svolta dal lavoratore che si presume sia stata la causa dell'insorgenza della Malattia Professionale. In caso di dubbio, indicare tutte le lavorazioni svolte (ad es.: irrogazione con anticrittogamici del vigneto, custodia e rigoverno degli animali, raccolta e conservazione di foraggi, taglio e trasporto del legname, carbonizzazione della legna, ecc.).