

Al Responsabile del SPSAL
dell'Azienda USL di _____

Alla Sede INAIL di _____

Oggetto: Referto/denuncia di malattia professionale ai sensi dell'art. 334 C.P.P., art. 139
D.P.R. 1124/65 e art. 10 D.Lgs 38/2000.

Il sottoscritto Dr. _____ in qualità di _____

comunica che il Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ in via _____

lavoratore: autonomo socio familiare titolare dipendente

della ditta _____ con sede a _____

in via _____ addetto alle mansioni di _____

è stato riscontrato affetto dalla seguente malattia: _____

agente causale implicato: _____

codice identificativo (D.M. 27/04/2004): _____

Indagini diagnostiche eseguite: _____

◆ L'anamnesi professionale del lavoratore in questione è la seguente:

periodo dal	al	Ditta / indirizzo Comparto	Mansione svolta	Fattori di rischio occupazionale

(viene allegata, se disponibile, copia dello stato di servizio estratta dal libretto di lavoro)

Informa altresì che:

◆ Esiste / non esiste documentazione sanitaria precedente (che eventualmente si allega)

◆ I provvedimenti adottati sono:

cambio mansione adozione di DPI allontanamento altro

◆ osservazioni sul caso ed eventuali ulteriori notizie utili a circostanziare il fatto:

◆ è stata consegnata al lavoratore copia del primo certificato di malattia professionale SI / NO

Luogo e data

Timbro e firma del medico
