

## **RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DI MALATTIA PROFESSIONALE**

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. COGNOME ..... NOME .....  
NATO A ..... IL .....  
INDIRIZZO .....
  
2. DATORE DI LAVORO ATTUALE .....
  
3. LAVORAZIONE E/O SOSTANZE CHE AVREBBERO DETERMINATO LA  
MALATTIA .....  
.....

IL SOTTOSCRITTO E' STATO ADDETTO ALLE LAVORAZIONI DI CUI AL PUNTO 3 NEI SEGUENTI PERIODI E CON LE SEGUENTI MANSIONI

Mansione ..... dal ..... al .....  
Mansione ..... dal ..... al .....  
Mansione ..... dal ..... al .....

LA LAVORAZIONE E' DI PER SE' PERICOLOSA?                      SI                      NO

ESPONE ALL'AZIONE DI SOSTANZE PERICOLOSE?                      SI                      NO

QUALI? .....

QUANDO HA AVVERTITO I PRIMI SINTOMI DELLA MALATTIA? .....

LA MALATTIA HA COMPORTATO ASTENSIONE AL LAVORO?                      SI                      NO

DA QUANDO? .....

NOTIZIE UTILI .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

Firma dell'assicurato

.....

NOTIZIE ED OSSERVAZIONI DEL MEDICO


1. DATA E LUOGO DELLA PRIMA VISITA MEDICA .....
2. DISTURBI ACCUSATI DALL'ASSICURATO .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
3. ESAME OBIETTIVO .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
4. DIAGNOSI .....  
.....  
.....
5. LA DIAGNOSI E' DI CERTEZZA O DI PROBABILITA' ? .....
6. SONO NECESSARI ESAMI SPECIALI? .....  
QUALI? .....
7. LA MALATTIA PUO' ESSERE STATA CONTRATTA NELL'ESERCIZIO E A CAUSA DELLE LAVORAZIONI ALLE QUALI L'ASSICURATO E' ADDETTO? SI ..... NO .....
8. ESISTONO ALTRE MALATTIE E/O ELELMENTI CHE POSSONO INFLUIRE SFAVOREVOLEMNETE SUL DE CORSO DELLA MALATTIA? SI ..... NO .....  
QUALI? .....
9. ESISTONO POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE? SI ..... NO .....  
QUALI? .....
10. LO STATO PRESENTE PRODUCE INABILITA' ASSOLUTA AL LAVORO? SI ..... NO .....  
DA QUANDO? ..... PER QUANTI GIORNI? .....

11. CURA ADOTTATA .....  
.....  
.....  
.....

12. OSSERVAZIONI .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data (di redazione del presente certificato) .....

Indirizzo del medico .....Firma e timbro .....

 [Clicca due volte sul \(?\) per le modalità di invio](#)