All' **U.O. PSAL AUSL di IMOLA**
Viale Amendola, 8
40026 Imola - BO -

Alla **Direzione Provinciale del lavoro di BOLOGNA**
Viale Masini, 14
40126 Bologna - BO -

Al Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate
c/o Sede INAIL di IMOLA
Viale Andrea Costa, 74
40026 Imola - BO -

☐ Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art. 139 DPR 1124/1965 e art.10 del D.Lgs. 38/2000 Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 27/04/2004 (G.U. n.134 del 10/06/2004

☐ Referto ex art. 365 c.p. (1)

Medico dichiarante:

Cognome _____ Nome _____

In qualità di (2) _____ Tel._____

Informazioni relative all'Assistito e al lavoro attuale:

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M/F) ____

Data di nascita _____ Comune o stato estero di nascita _____ Prov. ____

Nazionalità _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ n. telefono _____

Attualmente lavoratore: ☐ dipendente ☐ autonomo ☐ pensionato ☐ altro

Datore di Lavoro (Ragione Sociale)_____

Via _____ Comune _____ Prov. ____

Mansione (3)_____ Settore lavorativo (3) _____

Informazioni sulla malattia (elenco DM 14.01.08) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile:

Lista _____ Agente/Lavorazione/Esposizione_____

Malattia _____ Codice _____

Malattia diagnosticata per la prima volta il _____ in occasione di:

☐ visita preventiva ☐ visita periodica ☐ visita su richiesta ☐ visita alla cessazione del rapporto di lavoro

☐ Altro _____ Eventuale data abbandono lavoro _____

Data di compilazione

Timbro e firma del medico

_____ _____

(1) Da barrare ove non si provveda con modulo a parte e solo qualora gli accordi con le Procure locali indichino i servizi PSAL come destinatari dei referti.
(2) Medico competente - Medico di Medicina generale - Medico specialista ecc.
(3) Indicare, impiegando la scheda di anamnesi lavorativa allegata, tutti i datori di lavoro, i settori, le mansioni e il rischio cui è possibile correlare la malattia.

SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA del Sig./ra _____

(Ripetere nome e cognome**)**

Ditta Ragione sociale	Sede Ditta	Tipo attività Ditta	Mansione lavorativa	Dal	Al	rischio	Livello di rischio (1)

(1) Riportare i livelli di esposizione (ad esempio Lex 8h, ppeak per il rumore) come previsto per legge (d.l.gs 81/08) e, ove non previsto, come riportato nelle norme di buona tecnica (ad esempio checklist o index OCRA per i movimenti ripetitivi).

Eventuali ulteriori osservazioni:_____

_____

_____

_____

E' stato compilato il primo certificato INAIL di malattia professionale? ☐ SI' ☐ NO

Si allega alla presente copia di tutta la documentazione sanitaria acquisita relativa alla malattia professionale in oggetto.

Data di compilazione

_____

Timbro e firma del medico

_____