

Al l' Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza  
Ambienti di Lavoro  
Azienda USL di Ferrara

Al Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro  
o ad esso correlate  
c/o Sede INAIL di Ferrara

Alla Direzione Territoriale del Lavoro di Ferrara

Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi degli art. 139 DPR 1124/65 e art. 10 del DLgs 38/2000  
Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10/06/2014

Referto ex art. 365 c.p. (1) – art. 334 c.p.p.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ e\_mail \_\_\_\_\_

in qualità di (2)  
\_\_\_\_\_

**comunica di avere**  **accertato**  **posto il sospetto diagnostico**

**di MALATTIA PROFESSIONALE per la/il Signora/Signor**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Attualmente: lavoratore dipendente  pensionato  lavoratore autonomo

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Unità Locale/Cantiere in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
(specificare quando diversa dalla sede legale, in particolare quando la sede legale è ubicata fuori dalla Provincia  
di Ferrara)

Settore lavorativo (o tipologia produttiva) \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_ Assunto il \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (\*) (elenco DM 10/06/2014 – codice identificativo)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E' stato compilato il primo certificato medico di malattia professionale?  **SI**  **NO**

Segnalato all'INAIL in data \_\_\_\_\_  **SI**  **NO**

ANAMNESI LAVORATIVA (\*\*)

Ragione Sociale	Comune	Mansione/Attività lavorativa	Dal	Al	Rischi

ATTIVITA' LAVORATIVA CORRELABILE ALLA MALATTIA

Datore di Lavoro (Ragione Sociale) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Unità Locale/Cantiere in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

(specificare quando diversa dalla sede legale, in particolare quando la sede legale è ubicata fuori dalla Provincia di Ferrara)

Settore lavorativo (o tipologia produttiva) \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Accertamento diagnostico compiuto in sede di:**

visita preventiva       visita periodica       altro

Notizie anamnestiche di rilievo: \_\_\_\_\_

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

(\*) Allegare copia della più recente documentazione clinica

(\*\*) Indicare anche i dati relativi all'Azienda da cui il lavoratore attualmente dipende, specificando le eventuali variazioni nel tempo di mansione e di attività