

Referto di sospetta malattia professionale

(art. 365 C.P.- art. 334 C.P.P.)

Denuncia di sospetta malattia professionale

(art.139 DPR 1124/65 e successive modifiche ed integrazioni)

Patologia accertata _____

Definizione diagnostica in data ___/___/_____

prima diagnosi aggravamento

Accertamento compiuto a seguito di :

Visita preventiva

Visita periodica

Altro _____

Dati relativi al lavoratore

Cognome _____

Nome _____

Sesso M F

Data di nascita ___ / ___ / _____

Luogo di nascita _____ Prov _____

Cittadinanza _____

Stato civile _____

Residenza _____

Via _____

Domicilio(qualora diverso dalla residenza) _____

Via _____

Recapito telefonico _____

Condizione professionale ⁽²⁾ _____

Dati relativi alla malattia

Agente che avrebbe causato (o concausato) la malattia

Eventuali fattori di rischio extraprofessionali o altre condizioni individuali predisponenti _____

Disturbi accusati dal lavoratore

Epoca di insorgenza dei primi disturbi

Esame clinico

Accertamenti eseguiti⁽³⁾

In caso di aggravamento, in precedenza il caso era stato:

Segnalato allo SpreSAL denunciato all' INAIL

Riconosciuto dall'INAIL il _____

Percentuale di inabilità riconosciuta _____ %

Dati relativi all'attività lavorativa

Ragione sociale della ditta _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico della ditta _____

Attività della ditta _____

Mansione svolta dal lavoratore _____

ANAMNESI LAVORATIVA MIRATA ALL'INDIVIDUAZIONE DEI PERIODI DI ESPOSIZIONE ALL'AGENTE INDICATO NELLA PRECEDENTE SEZIONE⁽⁴⁾

(l'eventuale invio di copia del libretto di lavoro NON esonera dalla compilazione di questa sezione)

N	PERIODI DI LAVORO		RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA	INDIRIZZO	
	Dal	Al		attività	Mansione svolta
1					
N	PERIODI DI LAVORO		RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA	INDIRIZZO	
	Dal			attività	
2				Mansione svolta	Entità di esposizione ⁽⁵⁾
N	PERIODI DI LAVORO		RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA	INDIRIZZO	
	Dal			attività	
3				Mansione svolta	Entità di esposizione ⁽⁵⁾
N	PERIODI DI LAVORO		RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA	INDIRIZZO	
	Dal			attività	
4				Mansione svolta	Entità di esposizione ⁽⁵⁾

Dati relativi al medico segnalante

Cognome e Nome _____

Qualifica ⁽⁶⁾ _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Data: _____ / _____ / _____

Timbro e firma del Medico.

Note per la corretta compilazione

1. E' un campo obbligatorio per la gestione della pratica nell'applicativo della Regione Piemonte. Deve essere scelta una delle seguenti opzioni:
 - occupato
 - disoccupato
 - in cerca di occupazione
 - pensionato
 - preassunzione
 - deceduto
 - altro
2. Devono essere elencati gli accertamenti mirati alla diagnosi(esami, visite specialistiche,ecc..).Tale documentazione **deve** essere allegata alla denuncia/referto.
3. E' necessaria una compilazione il più attenta possibile, in particolare per le denunce fatte in occasione di visite preventive.
4. E' un campo obbligatorio per la gestione della pratica nell'applicativo della Regione Piemonte per indicare l'entità dell'esposizione all'agente. Trattasi di una stima del medico segnalante espressa con la scala: +, ++, +++, sulla base delle informazioni anamnestiche e/o delle misure disponibili.
5. E' un campo obbligatorio per la gestione della pratica nell'applicativo della Regione Piemonte. Deve essere scelta una delle seguenti opzioni:
 - Medico Spresal
 - Medico Competente
 - Istituti universitari/ Ospedalieri di Medicina del Lavoro
 - Medico di Base
 - Medico Specialista
 - Medico del patronato
 - Medico dell'INAIL
 - Altro