

Al Servizio PSAL ATS di \_\_\_\_\_  
Alla Ispettorato Territoriale del Lavoro di \_\_\_\_\_  
Al Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro o  
ad esso correlate c/o Sede INAIL di \_\_\_\_\_

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 11/12/09

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

**Medico dichiarante:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n. telefono: \_\_\_\_\_

In qualità di (2) \_\_\_\_\_

Nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ presso la Struttura \_\_\_\_\_

**Informazioni relative all'Assistito e al lavoro attuale:**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

Attualmente lavoratore SI NO

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

Settore lavorativo (3) \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Informazioni sulla malattia (elenco DM 11.12.2009) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile:**

Lista \_\_\_\_\_ Agente/Lavorazione/Esposizione \_\_\_\_\_

Malattia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

Data prima diagnosi \_\_\_\_\_ Eventuale data abbandono lavoro \_\_\_\_\_

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

Settore lavorativo (3) \_\_\_\_\_ Mansione/Attività lavorativa (3) \_\_\_\_\_

Dipendente Comune dove si è svolta l'attività lavorativa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Autonomo

Data di compilazione

Timbro e firma del medico

**SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA**

<b>Ditta Ragione sociale</b>	<b>Sede ditta</b>	<b>Tipo attività ditta</b>	<b>Mansione lavoratore</b>	<b>Dal</b>	<b>Al</b>	<b>Rischio</b>

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

Firma del Lavoratore

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  
 (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.