

SERVIZIO SANITARIO FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina
Dipartimento di Prevenzione
Centro Regionale Unico Amianto – CRUA

SEGNALAZIONE DI MALATTIA PROFESSIONALE AMIANTO
CORRELATA: INFORMAZIONI PER L'ASSISTITO

Vorremmo darle qualche breve informazione sul certificato di cui le vien consegnata copia. Il Centro Regionale Unico Amianto segnala il sospetto che la malattia diagnosticata sia correlata ad una precedente esposizione professionale all'amianto.

Per la trattazione del procedimento le consigliamo di rivolgersi avvalersi di un patronato per il supporto burocratico e medico legale.

Ora esaminiamo il certificato il quale è stato compilato in base alle informazioni da Lei forniteci ed all'esame della documentazione clinica.

Pagina 1

Punto 1 riporta i dati del medico compilatore e il numero di telefono dell'ambulatorio;

Punto 2 Sono indicati i suoi dati anagrafici: nascita, residenza e codice fiscale;

Punto 3 E' indicata l'attuale attività in essere (mansione, pensionato, disoccupato, ...);

Punto 4 E' indicata la malattia oggetto di segnalazione con i relativi codici (attualmente previsti dal DM 12.09.2014);

Punto 5 La data in cui medico compilatore è venuto a conoscenza della malattia che può non coincidere con la data di prima diagnosi;

Punto 6 si riportano le mansioni lavorative svolte, il periodo e il tipo di rapporto di lavoro che si ipotizzano aver cagionato la malattia oggetto della segnalazione;

Punto 7 riporta la data l'ora e il luogo in cui si è svolta l'attività che ha portato al riscontro di una possibile malattia professionale amianto correlata;

La prima pagina si conclude con il luogo la data di compilazione la firma e il timbro del medico compilatore e la firma dell'assistito

Pagina 2

Punto 8 è suddiviso in due parti:

parte prima (anamnesi lavorativa) sono riportati i soli periodi di lavoro individuati per una possibile esposizione diretta / indiretta ad amianto;

parte seconda (accertamenti sanitari) sono riportati gli accertamenti sanitari che hanno permesso di ipotizzare la presenza della malattia oggetto della segnalazione;

Punto 9 è uno spazio riservato alle note. Possono trovarsi indicati accertamenti sanitari richiesti all'atto della compilazione del certificato le cui risposte serviranno a meglio specificare la gravità della malattia;

Punto 10 Si compilano le informazioni relative ad eventuali precedenti malattie riconosciute quale invalidità (INPS) o di rendita INAIL (diversa dalla malattia segnalata nel certificato).

Il certificato si conclude con la data, il luogo di compilazione, la firma e il timbro del medico compilatore

Ricordiamo l'opportunità di avvalersi del supporto di un patronato.

Monfalcone 1 aprile 2019

- A** **Denuncia art. 139 T.U. DPR 1124/1965 - art. 10 D.Lgs. 38/2000 (DM 11/12/09)**
B **Referto giudiziario ai sensi art. 365 c.p.**
C **Primo certificato medico di malattia professionale – Denuncia Art. 52 T.U.**

1	Medico dichiarante (Cognome e nome) _____ Codice fiscale _____ n. telefono _____ In qualità di Dirigente Medico Residente Comune - Provincia _____ Operante presso la struttura _____
2	Assistito (cognome e nome) _____ Sesso ____ M/FCodice Fiscale _____ nato il _____ Comune di _____ Prov. _____ Nazionalità _____ Residente Comune di _____ Prov. ____ CAP _____ Via _____ N. _____ Attualmente Lavoratore SI / NO _____
3	Datore di lavoro attuale (ragione sociale) _____ Settore di Lavoro _____ Sub settore di Lavoro _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ N. _____
4	Malattia ____ codice da DM 12.09.2014 ____ Lista ____ gruppo e Agente / Lavorazione / Esposizione _____
5	Data prima diagnosi ____ / ____ / ____ Eventuale data abbandono lavoro // Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale // Datore di lavoro di possibile insorgenza patologia(ragione sociale se diversa da punto 3) // ____ Settore di Lavoro _____ Sub settore di Lavoro _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ N. _____
6	Mansione attività lavorativa: ____ Svolta quale Dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
7	Visita eseguita il ____ / ____ / ___, alle ore ____ presso: <input type="checkbox"/> ambulatorio proprio <input type="checkbox"/> domicilio assistito <input type="checkbox"/> altrove presso _____

Luogo e data

____ / ____ / _____

IL MEDICO COMPILATORE

____ Dott. Paolo Barbina
 (firma e timbro)

X Autorizzo invio diretto all'INAIL _____

(firma dell'assicurato)

8 INFORMAZIONI INTEGRATIVE									
ANAMNESI LAVORATIVA									
	Datore di lavoro (Ragione Sociale)	Indirizzo (Via, Comune, CAP)	Settore / Subsettore	Mansione Attività Lavorativa	Rischio	Periodo			
						dal		al	
						Mese	Anno	Mese	Anno
1									
2									

ACCERTAMENTI SANITARI (da allegare nell'invio ad INAIL e SPSAL)			
	Accertamento	di data	Esito
1			
2			
3			

9	Note / Altre informazioni: _____
10	Il lavoratore è affetto da precedenti stati patologici? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No (Se Si indicarli qui sotto) Precedenti stati patologici _____ E' invalido civile? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Percepisce rendita INAIL? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO INPS? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Il lavoratore é/era sottoposto a sorveglianza sanitaria? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

Luogo e data

IL MEDICO COMPILATORE

_____ Dott. Paolo Barbina _____
(firma e timbro)