

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE/SILICOSI ASBESTOSI

(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.)

Alla sede Inail _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Stato di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso _____ Stato civile (1) _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ Data di decesso (GG/MM/AAAA) _____

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Istat _____ Asl _____

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale _____ Telefono abitazione _____ Prefisso internazionale _____ Telefono cellulare _____

Indirizzo Email _____ Indirizzo Pec _____

Studente (2) Sì No
 Parente del datore di lavoro Sì No
 Persone a carico Sì No
 Tutela Inps in caso di malattia comune Sì No

Tipologia di lavoratore (3) _____ Tipologia di contratto (4) _____

Orizzontale Percentuale di part-time _____
 Tipologia di part-time: Verticale Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
 Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____
 Misto _____ , _____ % Dalle ore _____ : _____ Alle ore _____ : _____

Data assunzione (GG/MM/AAAA) _____ Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA) _____

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) _____ CCNL - Categoria CNEL (6) _____

Qualifica assicurativa (7) _____

Voce professionale Istat (8) _____

SEZIONE LAVORATORE

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE

Codice fiscale Cognome e nome o ragione sociale

Codice ditta Posizione assicurativa territoriale Settore attività (9)

Tipo polizza (10) Voce di tariffa (11)

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

Codice fiscale amministrazione statale Amministrazione statale

Codice fiscale struttura Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore Codice Inail

AGRICOLTURA

Codice fiscale Cognome e nome o ragione sociale Matricola Inps/codice CIDA

Tipologia datore di lavoro (12) Data inizio attività (GG/MM/AAAA) Data fine attività (GG/MM/AAAA)

SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI

Cognome Nome Codice fiscale Codice Inps

LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)

Cognome Nome Codice fiscale

INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (via, piazza ecc, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

UNITA' PRODUTTIVA in cui opera abitualmente il lavoratore

INDIRIZZO DELL'UNITA' PRODUTTIVA O DELLA STRUTTURA in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat Asl

Prefisso internazionale Telefono Indirizzo Email Indirizzo Pec

INDIRIZZO PER L'INVIO DELLA CORRISPONDENZA [provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio] (via, piazza e numero civico)

Nazione Comune Prov. Cap Istat

Indirizzo Email Indirizzo Pec

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)

Attività agricola (14)

LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:

- vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)
- accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia GG/MM/AAAA

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

Periodo di esposizione

dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA

Ultimo giorno di esposizione GG/MM/AAAA

Era adibito direttamente alla lavorazione Sì No

In quale ambiente lavorava? Aperto Chiuso Areato Insonorizzato Galleria

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

Periodo di esposizione

dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA

Ultimo giorno di esposizione GG/MM/AAAA

Era adibito direttamente alla lavorazione Sì No

In quale ambiente lavorava? Aperto Chiuso Areato Insonorizzato Galleria

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto a rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? Sì No

Se sì, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? Sì No

Se sì, quali?

DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.

Numero identificativo certificato Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia GG/MM/AAAA

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA SILICOSI/ASBESTOSI

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia (vedi tabella allegata)

Periodo di esposizione

dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA

al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA

MANSIONI	NATURA ROCCIA	SILICE LIBERA		AMIANTO		NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI
		SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ultimo giorno di esposizione GG/MM/AAAA

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto al rischio? Ore

In che modo? Continuativo Non continuativo

L'ambiente di lavoro era polveroso? Si No

I materiali trattati e impiegati erano umidi? Si No

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? Si No

Se sì, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? Si No

Se sì, quali?

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria Ore settimanali Giornaliera Mensile/mensilizzata Convenzionale Convenzionale artigiana Voucher , Importo

VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:
Retribuzione oraria/mensile pari a GG/MM/AAAA dal

ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:
Importo lavoro straordinario , Importo festività cadenti di domenica , Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ,
Importo diaria - trasferta , Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. , Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ,

ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:
Tredicesima mensilità in % , oppure Importo , Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie in % , oppure giorni
Premio di produzione in % , oppure Importo , oppure in % ,
Altre mensilità aggiuntive in % , oppure Importo , Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. in % ,

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria: , Importo

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,
2) Generalità e recapito Durata normale della settimana di lavoro: N. ore Retribuzione convenzionale oraria ,

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: Lavoro flessibile Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno N. ore

Retribuzione annua tabellare (15) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria Importo ,

Ore di lavoro settimanali da retribuire (16) al lavoratore in forza di legge o per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari (17) da retribuire al lavoratore per contratto N. ore

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (18) N. ore

Lavoro straordinario (19) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento Importo ,

INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro Delegato/incaricato del datore di lavoro Mandatario del datore di lavoro

Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Codice fiscale	Nato a	Il (GG/MM/AAAA)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo (via, piazza, ... numero civico)				
<input type="text"/>				
Nazione	Comune	Prov.	Cap	Istat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefisso estero	Telefono	Indirizzo Email	Indirizzo Pec	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DICHIARA

- di rendere la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. in qualità di datore di lavoro o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;
- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;
- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n.:

Note

GG/MM/AAAA
Data

Timbro e firma

ALLEGATO**TABELLA LAVORAZIONI PER LE QUALI È PREVISTA L'ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI
(allegato n. 8 al t.u., emanato con d.p.r. 1124/1965 e s.m.i.)****"Silicosi"**

- a) Lavori nelle miniere e cave in sotterraneo e lavori in sotterraneo in genere, lavori nelle miniere e cave a cielo aperto e lavori di scavo a cielo aperto, in presenza di roccia contenente silice libera.
- b) Lavori di frantumazione, macinazione, manipolazione di rocce, materiali ed abrasivi contenenti silice libera o che comunque espongono alla circolazione di polvere di silice libera.
- c) Taglio, lavorazione, preparazione, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, adattamento in opera delle rocce e di altri materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera, taglio, levigatura, smerigliatura, molatura, lucidatura, eseguiti con impiego di materiali contenenti silice libera (escluse le operazioni di mola utensili, aventi carattere occasionale) o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- d) Produzione di mole e abrasivi in genere, di refrattari, di ceramiche, di cemento e del vetro limitatamente alle operazioni su materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- e) lavori nelle industrie siderurgiche, metallurgiche, meccaniche, nei quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.
- f) Produzione di laterizi, comprese le cave di argilla, ed altre lavorazioni nelle quali si usino o si trattino materiali contenenti silice libera o che comunque espongono alla inalazione di polvere di silice libera.

"Asbestosi"

Estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportino impiego ed applicazione di amianto o di materiali che lo contengano o che comunque espongono alla inalazione di polvere di amianto.