



REFERTO MEDICO LEGALE N.

ACCERTAMENTO RICHIESTO DA

- INPS
- DATORE DI LAVORO

MALATTIA DURANTE PERIODO DI FERIE  
(se barrata, il medico deve compilare la casella pertinente nel riquadro A)

SIG. \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 ABITANTE IN \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ N. USL \_\_\_\_\_  
 DIPENDENTE DA \_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE LAVORATORE [ ] TEL. LAVORATORE [ ] / [ ]  
 IO SOTTOSCRITTO DR. \_\_\_\_\_

ATTESTO CHE IL LAVORATORE SOPRA SPECIFICATO, DOCUMENTO D'IDENTITÀ \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 AMMALATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (prognosi del medico curante) OGGLI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

- 1 VISITA DOMICILIARE IN GIORNO FERIALE
- 2 VISITA DOMICILIARE IN GIORNO FESTIVO
- 3 ACCESSO IN GIORNO FERIALE
- 4 ACCESSO IN GIORNO FESTIVO
- KM. EXTRAURBANI PERCORSI N. \_\_\_\_\_

**A)**

- 1 È STATO DA ME VISITATO E GIUDICATO IN CONDIZIONI DI RIPRENDERE IL LAVORO IL \_\_\_\_\_
- 2 È STATO DA ME VISITATO E GIUDICATO IN CONDIZIONI DI NON POTER LAVORARE: PROGNOSI DA OGGI A TUTTO IL \_\_\_\_\_
- LA MALATTIA RICONTRATA È COMPATIBILE CON LE FUNZIONI DELLE FERIE (ristoro e reintegro delle energie psicofisiche)?  SI  NO  
(da compilare solo se è barrata la casella in alto a sinistra)
- L'INCAPACITÀ LAVORATIVA È STATA CAUSATA DA: INFORT. SUL LAVORO  MALATTIA PROFESS.  TERZI (es. incidente stradale)
- PER L'ACCERTAMENTO DELLE CAUSE È STATO: \_\_\_\_\_  
(eventuali osservazioni del lavoratore) \_\_\_\_\_
- COMPILATO ED ALLEGATO AL PRESENTE REFERTO IL MOD. AS. 1
- LASCIATO AL LAVORATORE IL MOD. AS. 1 PER LA SUCCESSIVA COMPILAZIONE E SPEDIZIONE

Firma del lavoratore per presa visione e ricevuta di copia del presente referto e dell'eventuale invito a nuova visita

Il Medico \_\_\_\_\_  
(firma)

**B)**

- 3 all'indirizzo sopra indicato non ha risposto nessuno
- 4 è assente all'indirizzo sopra indicato come da dichiarazione:
  - del familiare a fianco indicato, maggiore di anni 14
  - di \_\_\_\_\_ (cognome e nome)
- 5 risulta sconosciuto all'indirizzo sopra indicato
- 6 \_\_\_\_\_
- Lasciato invito a visita di controllo per il \_\_\_\_\_
- al Sig. \_\_\_\_\_
  - familiare maggiore di anni 14
  - portiere dello stabile
  - \_\_\_\_\_
  - nella cassetta delle lettere

Firma per ricevuta dell'invito per il lavoratore a visita di controllo

Il Medico \_\_\_\_\_  
(firma)

**RELAZIONE MEDICA**  
(Coperta dal segreto d'ufficio)

- **Notizie generali:** \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_
- **Tipo di lavoro cui è addetto:** \_\_\_\_\_
- **Anamnesi:** \_\_\_\_\_
- **Diagnosi del medico curante:** \_\_\_\_\_
- **Esame obiettivo:** \_\_\_\_\_
- **Terapia in corso:** \_\_\_\_\_
- **Indagini diagnostiche effettuate e loro esito:** \_\_\_\_\_
- **Da effettuare:** \_\_\_\_\_
- **Diagnosi:** \_\_\_\_\_
- **GIUDIZIO MEDICO LEGALE**

CODICE NOSOLOGICO [ ] / [ ]

Il Medico \_\_\_\_\_  
(firma)

Data \_\_\_\_\_

Visto: il Medico di sede \_\_\_\_\_