

INAIL

Mod. 101 - Prest.

1 1 1 1

069942

TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

INAIL

Caso N. - Riservato all'INAIL
Data di spedizione - Riservato all'INAIL

All'INAIL di

Via

Cap

Città

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

SEZIONE 1 - LAVORATORE

Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo (via, piazza, ecc.), N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono (Prefisso/Numero), Professione o Mestiere (5), Qualifica (6), Contratto collettivo naz., GG, MM, AAAA, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L., Data di assunzione: GG - MM - AAAA

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo (via, piazza, ecc.), N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono (Prefisso/Numero), Località dei lavori, Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7), Reparto e cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO IN (8) vedi istruzioni IN LIRE IN EURO
LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:
Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo
LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE
Importi, Ore Sett. d, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA
ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO
Importo: straordinario, Importo: festività lavorate di domenica, Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio
Importo: diaria trasferta, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc., Importo: fest. sopr. non trasf. in ferie riposi com. e lav.
Tredicesima mensilità, Premio di produzione, Altre mensilità aggiuntive, Importo, Importo, Importo, Accantonamento casa edile, Totale generale

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI: A + B + C + D + E + F + G + H + I + L + M + N + O + P + Q + R + S + T + U (sommare i campi % come numeri interi)

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/85)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

DATA IN CUI HA SEGNALATO LA MALATTIA AL DATORE DI LAVORO GG / MM / AAAA

PRIMO GIORNO DI EVENTUALE COMPLETA ASTENSIONE DAL LAVORO A CAUSA DELLA MALATTIA GG / MM / AAAA

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (azienda agricola vedi nota 9)

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? SI NO

IN QUALE AMBIENTE LAVORAVA? APERTO CHIUSO AREATO INSONORIZZATO GALLERIA

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO? ORE

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE? SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO? _____

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO? SI NO

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?) SI NO

SE SI, CHI LO HA VISITATO? _____

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

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

DATA

TIMBRO E FIRMA