

SUB 2) MALATTIA PROFESSIONALE

Primi sintomi della malattia

insorti il

La malattia ha determinato astensione dal lavoro? si no - Se si, in che data?

Accertamenti e cure effettuate

A quale lavorazione era adibito l'assicurato precedentemente alla manifestazione della malattia?

Da quanto tempo?

In quale Sede INAIL è aperta la pratica?

DOCUMENTI ALLEGATI (in copia semplice)

- Rapporto della Polizia, dei Carabinieri o dei Vigili intervenuti
- Constatazione amichevole, C.I.D., O denuncia presentata all'Assicurazione
- Denuncia o querela fatta a Polizia, Carabinieri o Vigili

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza l'INPS al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili per le finalità strettamente connesse all'esercizio dell'azione di surroga previsto dall'art. 1916 del Codice Civile e dell'art. 28 ultimo comma della legge 24.12.1969 n. 990.

Data

Firma

Firma dell'assicurato.....

RISERVATO ALL'INPS

Osservazioni del Dirigente Medico di Sede

.....
.....
.....

Giudizio medico-legale:

.....

Data

Firma del Dirigente Medico

Osservazioni dell' UdP

.....
.....
.....

Data

Firma