

NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,

C.F. _____, cell. _____, dichiaro di aver visitato in data

odierna il/la sig./sig.ra _____,

C.F. _____, residente a _____

in _____, riscontrando segni e sintomi che rendono certa/sospetta

la diagnosi di malattia professionale.

Informazioni utili relative al/alla paziente e al suo lavoro attuale:

Attualmente lavoratore/lavoratrice: SÌ NO

Mansione/Attività lavorativa: _____.

Datore di lavoro (ragione sociale): _____,

comune: _____; provincia: _____; settore lavorativo: _____.

Informazioni sintetiche su eventuali Mansioni/Attività lavorative precedentemente svolte:

Datore di lavoro (ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo	Mansione/Attività lavorativa	dal	al

Informazioni sulla malattia professionale e sull'attività lavorativa ad essa correlabile:

Lista n° _____; malattia: _____; codice: _____.

Agente/Lavorazione/Esposizione: _____.

Data prima diagnosi: _____. Eventuale data abbandono lavoro: _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico proponente)
