

# INAS CISL

UFFICIO PROVINCIALE DI TREVISO

Data: 15/06/2022

UFFICIO ZONA DI CONEGLIANO

Ns. rif. N° 13443155740

SPETT. I.N.A.I.L

di TREVISO

e p. c. alla DITTA  
TERMOVENETA SRL  
VIA STRADA MAESTRA  
D'ITALIA 53  
31016 CORDIGNANO TV

E pc.c. SPISAL TREVISO

OGGETTO DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

**GIACOMIN MORENO**  
*Cognome e nome*

**16/08/1965**  
*Data di nascita*

**Gcmmrn65m16m089i**  
*Codice fiscale*

Nel trasmettere a codesto Istituto il mandato di assistenza del lavoratore, denunciando, mediante l'allegato certificato medico, la malattia professionale dalla quale egli risulta affetto, chiedendo che gli vengano erogate le prestazioni previste dal D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive integrazioni e modifiche.

La Ditta, presso la quale risulta l'ultima attività lavorativa con esposizione al rischio, e' invitata a provvedere con sollecitudine alle incombenze stabilite dagli artt. 52-53 del citato D.P.R. 1124 /1965.

**SECRETARIO**  
Tel. 0422/545611 - Fax 0422/586945  
31100 TREVISO  
Via Cacciatori del Sile, 25  
**INAS CISL TREVISO**

*invia c/s*

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO       CONTINUATIVO       DEFINITIVO       RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome GIACOMIN      Nome FLORENO      Sesso  M  F

Nato a (Comune) VITTORIO VENETO      Prov. TV      GG 16 / MM 8 / AAAA 1965      Nazionalità LTA

Domiciliato a (Comune) ORSAGO      Prov.         Cap.         Telefono   

Indirizzo (via, piazza, ecc.) VIA C. BATTISTI      N. civico 57 /   

Codice Istat Comune domicilio         Cod. Asl domicilio         Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9)         Codice fiscale         Attualmente in attività lavorativa  SI  NO

**MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione**

Malattia DISCOPATIE LOMBARI

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia autista sporadico

La malattia è presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?  SI  NO se SI in quale lista?  Lista I  Lista II  Lista III      Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.   

Data prima diagnosi GG    / MM    / AAAA         Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG    / MM    / AAAA   

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG    / MM    / AAAA   

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?  SI  NO dal GG    / MM    / AAAA    fino a tutto il GG    / MM    / AAAA   

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro   

Comune (abituale luogo di lavoro)         Prov.         Cap.   

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca       Industria       Artigianato       Servizi       Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9)   

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia    dal GG    / MM    / AAAA    fino a tutto il GG    / MM    / AAAA   

Dipendente  Autonomo  Altro  (specificare)   

Attività svolta per conto del datore di lavoro, presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda?   

Comune         Prov.         Cap.   

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome MASSARO      Nome LUCA

Codice fiscale del medico MSSLUG5R15D442R      In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9) MEDICO DEL PATRONATO

Codice Inail del medico o del presidio sanitario         Presidio sanitario   

Comune ESTE      Prov. PA      Cap. 35042      Telefono fisso o cellulare 0429 290R

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 30/05/2008 e s.m.i., e per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 30/05/2008 e s.m.i., nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio Treviso 13.6.22      Timbro e firma del medico