# Breve guida alla normativa INAIL

PER GLI OPERATORI DEL PATRONATO INPAL

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

a cura di Marco Crescentini

regolata da:

**D.P.R. 1124/65** "Testo Unico (T.U.) delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali";

**D.lgs. 38/2000** che ha introdotto l'indennizzo del danno biologico;

**D.M. 09/04/2008** che contiene le nuove tabelle delle malattie professionali

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# L’obbligatorietà dell’assicurazione e l’automaticità delle prestazioni

| Datore di lavoro | Istituto assicuratore | Lavoratore dipendente |
|---|---|---|
| Soggetto assicurante che paga il premio di assicurazione | Soggetto che gestisce l’assicurazione, incassa i premi ed eroga le prestazioni (economiche ed assistenziali) | Soggetto assicurato destinatario delle prestazioni assicurative |

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L’ASSISTENZA AI LAVORATORI

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# *Indennità di Temporanea*

- *È una prestazione economica, **sostitutiva** della retribuzione.*

- *Viene corrisposta al lavoratore in caso di infortunio o di malattia professionale*

- *impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di svolgere l'attività lavorativa*

- *decorrere dal quarto giorno successivo alla data di infortunio o di manifestazione della malattia professionale, compresi i giorni festivi, fino alla guarigione clinica.*

# Inabilità temporanea per il trattamento economico infortunio

| Giorno dell' infortunio | 100% della retribuzione a carico del datore di avoro |
|---|---|
| 1°,2°e 3° giorno successivi | 60% della retribuzione giornaliera a carico del datore di lavoro |
| Dal 4° al 90° successivi all' infortunio | 60% a carico dell' INAIL |
| Dal 91° in poi | 75% a carico dell' INAIL |

***NB. I CCNL in genere prevedono una integrazione a carico del datore di lavoro fino al 100%***

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# L’articolo 2 del T.U.

***D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124***

precisa che oggetto dell’assicurazione sono

*"tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o una inabilità".*

***Gli elementi costitutivi dell’infortunio sono pertanto:***

- ***la lesione;***
- ***la causa violenta;***
- ***l’occasione di lavoro.***

***In mancanza anche di uno solo di questi elementi l'INAIL non può ammettere il caso infortunistico all’indennizzo.***

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# INFORTUNIO SUL LAVORO
# GLI ELEMENTI CHE LO CARATTERIZZAZONO

| CAUSA VIOLENTA | OCCASIONE DI LAVORO | LESIONE |
|---|---|---|
| AZIONE RAPIDA E CONCENTRATA CHE PROVOCA LESIONE | RELAZIONE TRA LAVORO E RISCHIO | ALTERAZIONE PSICO-FISICA DELL'ORGANISMO |
| • PROVIENIENTE DALL' AMBIENTE DI LAVORO<br>• VERIFICATO ENTRO IL TURNO DI LAVORO | • VERIFICATO NELL'AMBIENTE DI LAVORO<br>• IN ORARIO DI LAVORO<br>• COLLEGATO ALLA ATTIVITA RILAVORATIVA | • INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA<br>• INABILITA' PERMANENTE |

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# *Art. 3 T.U*

***D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124***

Per **malattia professionale** si intende:

«***una patologia che si sviluppa nel tempo, a causa della presenza di fattori nocivi nell'ambiente in cui si svolge l'attività lavorativa***»

***La malattia professionale può comportare***

***un'incapacità temporanea o permanente al lavoro o la morte del lavoratore***.

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

**TABELLATE**

- **sono previste espressamente da tabelle di legge (D.M. 09/04/2008)**
- **per le tabellate vige la presunzione legale i origine**

NON TABELLATE

- tutte le patologie in rapporto causale con le lavorazioni, qualora non espressamente previste dalle tabelle
- Onere della prova spetta al lavoratore

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

OGNI MALATTIA PROFESSIONALE , A SECONDA DEL LAVORO SVOLTO
HA
UNA PROPRIA SPECIFICA PATOLOGIA
ED UN PROPRIO TEMPO DI ESPOSIZIONE !!!!

| | | |
|---|---|---|
| Operaio metalmeccanico | - ipoacusia<br>- artrosi dorso-lombare da movimentazione carichi | 5<br>3 |
| Operatore sanitario | - Artrosi dorso lombare da sovraccarico<br>- Ernia discale da sovraccarico | 3<br>3 |
| Parrucchiere | - Tendinopatie<br>- Alterazioni degenerative delle spalle<br>- Sindrome del tunnel carpale | 1<br>1<br>4 |
| Parquettista | - Sindrome del tunnel carpale<br>- Ipoacusia<br>- gonartrosi | 4<br>5<br>- |
| Pittore edile | - Tendinopatie<br>- Alterazioni degenerative delle spalle | 1<br>1 |
| Trattorista | - Artrosi del rachide lombo-sacrale da vibrazioni<br>- Ernia discale da vibrazioni | 2<br>2 |

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# DANNO BIOLOGICO
# D.LGS.38/00

**I DANNI PRODOTTI CONSIDERANO LA PERSONA NEL SUO INSIEME**

**Danni derivanti dalla ridotta capacità lavorativa**

Danni che incidono sulla vita di relazione, sulla sfera affettiva

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

# Modalità di indennizzo

- Inferiore al 6 % → Nessun indennizzo
- Dal 6 al 15 % → Liquidazione in capitale
- Dal 16 %al 100% → rendita

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER
L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

# infortunio in itinere

# Cosa è l infortunio
## *In Itinere*

*«gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello del lavoro…»*

# ma anche…..

*….durante il normale percorso che collega i due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e qualora non sia presente una mensa aziendale..*

*….durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo del lavoro a quello di consumazione dei pasti….*

Art. 12 D.lgv 38/00

L'Infortunio ***in itinere*** viene normato

In maniera più specifica

# Utilizzo della mensa

indennizzato

si

no

Se utilizzata

Se dimostrata la incompatibilità con dieta dovuta a patologie

**Se presente e non utilizzata**

# Uso del mezzo pubblico

Indennizzabile

Se impossibilitato per motivi fisici

Se presente
Se vicino
Se confacente con gli orari di lavoro

soccorso familiari e/o altri

# Uso del mezzo privato

Uso necessitato

Mezzo proprio
o
mezzo altrui

In bici

In auto

A piedi

Rispetto codice della strada

# Lavoro a piedi

Anche per il pedone lavoratore che affronta il percorso a piedi si presuppone la indennizzabilità

# *Itinere e pertinenze abitative*

Non si ritiene indennizzabile l evento occorso all' interno delle proprie abitazioni private, parti condominiali e/o pertinenze.

Di contro è indennizzabile l evento occorso nelle strade private ma con uso e destinazione a soddisfare le esigenze di una comunità, cioè aperte ad un numero indifferenziato di autovetture

# LA REVISIONE DELLA RENDITA INAIL

D.Lgs. 38/00

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

# Chi può chiedere la revisione

Inail

Revisione attiva

L interessato ( o chi per lui)

revisione passiva

# Termini per la revisione

Malattie professionali
15 anni

Infortunio
10 anni

termini a decorrere dalla costituzione della rendita
Ad esclusione dei liquidati tra il 6% ed 15%

| Le revisioni | Per infortunio | |
|---|---|---|
| Nel primo quadriennio dalla data di costituzione della rendita | Prima revisione | Dopo almeno ***un anno*** dalla data dell'infortunio e almeno ***sei mesi*** dalla costituzione della rendita |
| | Successive revisioni entro il quadriennio | Tre revisioni possibili<br>Purché a distanza di un anno l'una dall'altra |
| Trascorso il quadriennio dalla data di costituzione della rendita | Sono possibili ancora due revisioni | Alla fine del settimo anno |
| | | Alla fine del decimo anno |

Ogni diritto dell'assicurato si prescrive entro tre anni da quando sorge

Malattie professionali → Casi ante 25/07/2000

PRIMA REVISIONE →
- Dopo sei mesi dalla data di cessazione del periodo di temporanea inabilità
- Dopo almeno un anno dalla manifestazione della malattia

SUCCESSIVE REVISIONI → possono essere richieste o disposte solo a distanza di almeno un anno dalla precedente. L ultima al 15° dalla data di costituzione della rendita

MP per silicosi e asbestosi
e patologia ad esse correlate

**Non hanno scadenza per le revisioni**

Termine triennale per l'ultima revisione

Il finire dei termini ultimi, 10 anni 0 15 anni, non è di prescrizione o di decadenza

Esiste il termine dei tre anni fatto salvo le modifiche ***in peius*** o ***in melius***,

Fermo restando che l aggravamento o il miglioramento ci deve essere entro il termine previsto per la revisione

Per le malattie professionali il termine viene prorogato di un anno dalla scadenza canonica

Il ***dies a quo*** va fatto partire dalla data di maturazione del requisito e non dalla costituzione della rendita

# Interventi del patronato per pratiche INAIL

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

# Finalità intervento

- Patrocinare la pratica per inpal

- Portare a punteggio la pratica

L INAIL è l'unico Ente che ha la più bassa % di pratiche patrocinate
ancora riceve il cartaceo
o
pratiche in PEC

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

# Come fare per procurarsi le pratiche

- Contatto diretto con artigiani
- Consulenti del lavoro e Commercialisti
- Medici del Lavoro Medico curante
- Avvocati
- Caf (cu Inail )
- agenzie Interinali
- Assicurazioni
- Passaparola

# Come si acquisisce una pratica in prima istanza

## ***se proviene da altri***

- certificato del pronto soccorso (referto) o certificato inviato dal consulente o dal medico di famiglia;
- 1p
- Mandato di assistenza e doc. idt.
- Apertura c9, c1, c3, c5 *

Verificare eventuali patologie accessorie

# *se direttamente da noi*

- Distinguere tra infortunio e malattia professionale
- Verifica mansione e tempi di esposizione
- Verifica causa traumatica
- Richiesta esami strumentali
- richiedere il Dvr
- Certificato del nostro medico
- 1P
- Mandato di assistenza e doc. idt.
- Questionario INAIL
- Apertura c9, c1, c3, c5 *

Verificare eventuali patologie accessorie

# COME FACCIO A SAPERE QUALE PATOLOGIA CARATTERIZZA IL LAVORATORE ?

In base alla propria attività lavorativa
si evince dal DVR

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

| | |
|---|---|
| AUTISTA | ARTROSI DEL RACHIDE LOMBARE<br>ERNIA DISCALE |
| BARBIERE | TENDINOPATIE<br>SINDROME TUNNEL CARPALE<br>ALTERAZIONI DEGENERATIVE DELLE SPALLE |
| BOSCAIOLO | ARTROSI DORSO-LOMBARE DA SOVRACCARICO<br>ERNIA DISCALE DA SOVRACCARICO<br>IPOACUSIA |
| CARROZZIERE | SINDROME DI DUPUYTREN<br>IPOACUSIA<br>ARTROSI LMBO-SACRALE |

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

| | |
|---|---|
| COLTIVATORE DIRETTO | ARTROSI LOMBO SACRALE DA SOVRACCARICO E VIBRAZIONI |
| FALEGNAME | IPOACUSIA |
| MECCANICO | SINDROME TUNNEL CARPALE<br>GONARTROSI |
| MURATORE<br>/<br>MANOVALE | ARTROSI DORSO LOMBARE DA SOVRACCARICO<br>ERNIA DISCALE DA SOVRACCARICO<br>IPOACUSIA<br>SINDROME DI DUPUYTREN |

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

| | |
|---|---|
| PARRUCCHIERE | TENDINOPATIE<br>ALTERAZIONI DEGENERATIVE DELLE SPALLE (SCR)<br>SINDROME TUNNEL CARPALE |
| INFERMIERE | ARTROSI DORSO-LOMBARE DA SOVRACCARICO<br>ERNIA DISCALE DA SOVRACCARICO |
| PARQUETTISTA/PAVIMENTISTA | SINDROME DEL TUNNEL CARPALE<br>IPOACUSIA<br>GONARTROSI |
| PITTORE EDILE | TENDINOPATIE<br>ALTERAZIONI DEGENERATIVE DELLE SPALLE<br>ARTROSI DEL RACHIDE CERVICALE |

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE DEL LAVORATORI

Esempio di lavorazione 1
Tendinopatie e alterazioni degenerative (artrosi) della Spalla

Come procedere

Valutare il rischio

Postura incongrua
Patologia da strumenti vibranti

Lavoratori interessati

Parrucchieri, barbieri
Pittori edili e muratori

Tutti i lavoratori dipendenti ed autonomi che effettuano per la maggior parte dell'orario di lavoro attività manuali con le braccia allo stesso livello o a livello superiore delle spalle, utilizzando strumenti vibranti

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

malattia

Cronica a lenta insorgenza, con dolore articolare , riduzione della forza agli arti superiori

***Sindrome da impingement o da conflitto subacromiale***

Caratteristiche della patologia

Alterazioni degenerative (e/o osteofiti) dei capi articolari interessati ( testa omero, acromion scapolare, clavicola)
Alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori
Borsite reattiva ai processi infiammatori cronici
Prevalentemente bilaterale (> a dx)

Esposizione al rischi
almeno 10 anni!!!!!!!

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

# Istruttoria di Patronato

Accertamenti diagnostici a livello crescente:

- Rx spalle a confronto
- Ecografia delle spalle
  - RMN spalle

Anamnesi lavorativa
Anamnesi fisiologica e patologica (eventuali preesistenze)
Acquisizione di almeno un esame!!!
Valutazione del danno
4 % monolaterale con minimo impegno
7-8 % bilaterale con minimo impegno
Fino a 16 % (e oltre) i relazione ad un maggior impegno funzionale

Certificato del nostro medico

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

4 PATOLOGIE
4 RICHIESTE DI MP

**Mod. 5 SS bis**

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

☒ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome: CRESCENTINI
Nome: MARCO
Sesso: ◉ M ○ F

Nato a (Comune): ROMA
Prov.: RM
GG / MM / AAAA: 09 / 07 / 1971
Nazionalità: Italia

Domiciliato a (Comune): ROMA
Prov.: RM
Cap: 00184
Telefono: 0694890785 1

Indirizzo (via, piazza, ecc.): TORINO
N. civico: /

Codice Istat Comune domicilio:
Cod. Asl domicilio:
Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9):
Codice fiscale: [illegible]C09HS01L
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: SINDROME DEL TUNNEL CARPALE. IPOACUSIA. GONARTROSI.ERNIA DISCALE L5 S1

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia: POSTURA INCONGRUA , RUMORE IN AMBIENTE DI LAVORO, CARICHI MANUALI

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 01 / MM 01 / AAAA 2020

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 01 / MM 01 / AAAA 2020 fino a tutto il GG 26 / MM 02 / AAAA 2020

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: AMA SPA

Comune (abituale luogo di lavoro): ROMA
Prov.: RM
Cap: 00196

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: MAGAZZINIERE
dal GG 26 / MM 12 / AAAA 1994 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: WILSON
Nome: PIKET

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

Codice Inail del medico o del presidio sanitario: 687888
Presidio sanitario:

Comune: ROMA
Prov.: RM
Cap:
Telefono fisso o cellulare:

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. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio: _____ Timbro e firma del medico: _____

**Copia A - per l'Inail** - *Modulo aggiornato al 10/10/2014*



INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

Invio telematico della pratica all' INAIL della pratica
C1, C2, C3,C5
Nb. Solo alcune patologie danno C9 es. ernie

Insieme al certificato medico allegare più documentazione possibile:
ESAMI STRUMENTALI, DVR, QUESTIONARIO, LIBRETTO ISTRUZIONI DEL MEZZO CON SPECIFICHE TECNICHE, ANCHE PROVE FOTOGRAFICHE

Prima visita e valutazione del danno da parte di INAIL

PRATICHE POSITIVE

PRATICHE NEGATIVE
(o anche solo una delle tre)

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

CENTRO DI EPIDEMIOLOGIA DEL LAVORO

# CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☒ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

## ASSICURATO

Cognome: [redacted]

Nome: GIUSEPPE

Sesso: ☒ M ○

Nato a (Comune): MONTEFALCO

Prov.: PG

GG / MM / AAAA: 13 / 06 / 1954

Nazionalità: ITALIANA

Domiciliato a (Comune): [redacted]

Prov.: PG

Cap: [redacted]

Telefono: 339 5[redacted]

Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA [redacted] – [redacted]

N. civico: 12 /

Codice Istat Comune domicilio:

Cod. Asl domicilio:

Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9):

Codice fiscale: [redacted]GPP54H13F492U

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: SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA: [redacted]

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia: Microtraumatismi e posture incongrue arti superiori in falegname

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.: I.2.04 – M75.1/M75.2

Data prima diagnosi: GG 11 / MM 06 / AAAA 2020

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

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. 5 SS bi.

# CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☒ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome: [redacted]

Nome: GIUSEPPE

Sesso: ☒ M ☐

Nato a (Comune): MONTEFALCO

Prov.: PG

GG / MM / AAAA: 13 / 06 / 1954

Nazionalità: ITALIANA

Domiciliato a (Comune): [redacted]

Prov.: PG

Cap: [redacted]

Telefono: 339 [redacted]

Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA [redacted]

N. civico: 12 /

Codice Istat Comune domicilio:

Cod. Asl domicilio:

Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9):

Codice fiscale: [redacted] GPP34H13F482V

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

[redacted] SOVRASPINOSO E DEL CAPO LUNGO DEL BICIPITE BILATERALE: TENDINITE DEL

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

Microtraumatismi e posture incongrue arti superiori in falegname

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.: I.2.04 – M75.1 / M75.2

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA: 11 / 06 / 2020

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 GG MM AAAA

Opposizione alla reiezione delle pratiche
VERIFICARE IL MOTIVO DELLA REIEZIONE
sanitario
amministrativo

Sanitario

amministrativo

Opposizione in collegiale

PRESENZA OBBLIGATORIA DEL NOSTRO CONSULENTE MEDICO

L’ opposizione deve essere motivata con la descrizione della menomazione riscontrata e la formulazione del relativo grado di percentuale, tenendo presente il quadro lesivo e morboso derivato dalla infortunio o malattia professionale

Provare con documentazione amministrativa la effettiva mansione
DVR, buste paga, ordini di servizio, regolamento interno
eventuale richiesta parere CONTARP

# Consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione centrale

CON.T.A.R.P.

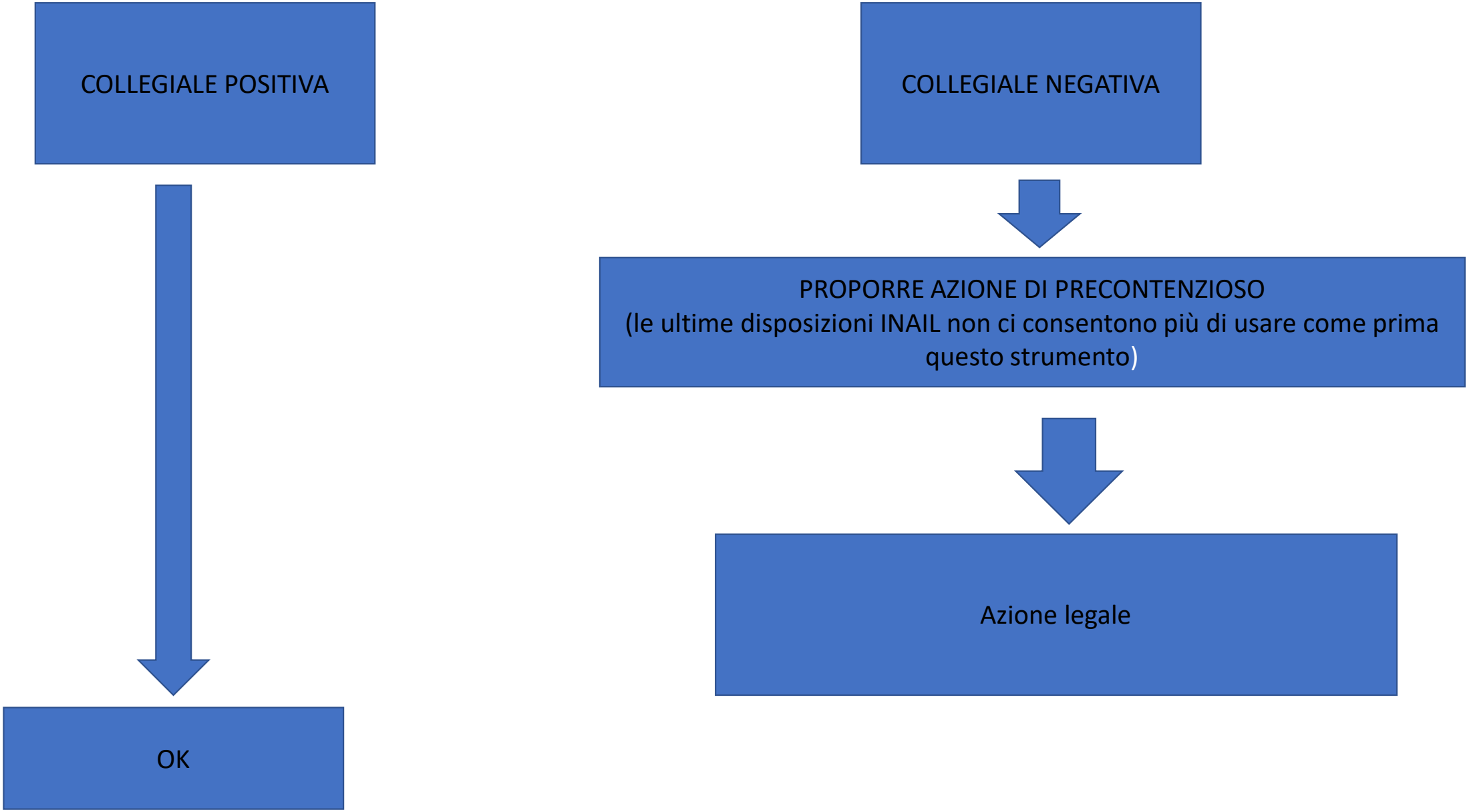
Rileva gli elementi di igiene e sicurezza sul lavoro utili per la valutazione del rischio professionale ai fini dell’applicazione delle norme in materia assicurativa e ne garantisce l'omogeneo svolgimento sul territorio. Realizza le attività tecniche integrate alle altre funzioni istituzionali: accordi e finanziamenti in materia di prevenzione, verifiche di conformità alle norme e gestione della prevenzione interna.

La collegiale medica come strumento di verifica può:
ESSERE espletata
o
NON ESPLETATA

CODICE DI COMPORTAMENTO
stabilito a livello centrale con accordi tra INAIL e Patronati

MOTIVI DEL MANCATO EPLETAMENTO DELLA COLLEGIALE

- Non è indicata la % del danno richiesta;
- La % del danno richiesta è sproporzionata rispetto alle tabelle ministeriali;
- Non viene riportata la descrizione della menomazione oppure non ha a che fare con il quadro lesivo derivato da inf. O MP;
- Non sono stati allegati referti medici e/o esami strumentali che consentono una valutazione anche ora per allora;
- Motivazioni legate alla inabilità temporanea;


COLLEGIALE POSITIVA
OK
COLLEGIALE NEGATIVA
PROPORRE AZIONE DI PRECONTENZIOSO
(le ultime disposizioni INAIL non ci consentono più di usare come prima questo strumento)
Azione legale

A T T E N Z I O N E

PROTOCOLLO D' INTESA INAIL PATRONATI
(1999)"
" gli Enti di patronato che si adopereranno al fine di evitare il contenzioso giudiziario sui casi definiti in collegiali CONCORDE tra i medici INAIL e delle steso Patronato

…..nel caso di ricorso alla magistratura da parte del Patronato per conto degli assistiti nei quali confronti sia stata eseguita in precedenza collegiale CONCORDE
***INAIL previa specifica comunicazione si riserva di non aderire in futuro ad incontri collegiali con quel Patronato***

# GESTIONE PRATICHE INAIL

Modulistica: Modello 1P e Modello integrativo

Inserimento Codice Intervento

Inoltro domanda all'INAIL

Statisticazione

# La documentazione da compilare

# IL MODELLO 1P TELEMATICO

**INAIL** — ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DATA DI ARRIVO
Numero Identificativo 3776882
GG 26 / MM 02 / AAAA 2020 ORA 12 : 46

Alla Sede di: 22100-PERUGIA

**LAVORATORE**

Io sottoscritto in qualità di
[X] Assicurato/a [ ] Vedovo/a [ ] Figlio/a [ ] Ascendente [ ] Collaterale [ ] Tutore/curatore [ ] Rappresentante legale

Dati dell'assicurato (da compilare sempre)

Cognome: LILLI
Nome: [redacted]
Sesso: M [X] F [ ]
Nato a (Comune o Stato estero): GUBBIO
Prov.: PG Sigla naz.: IT il 03 / 10 / 1962
Codice fiscale: LLLMCL62R03E256E
Residente in (Via, Piazza, ecc.): [redacted]
N. Civico: 18 /
Comune: GUBBIO
Prov.: PG CAP: 06024 COD. ISTAT: 054024
Telefono Abitazione:
Indirizzo E-MAIL: JACOPO.ARCELLI@PATRONATOINPAL.IT
Telefono Cellulare: 0039 [redacted]
Indirizzo E-MAIL PEC: PERUGIA@PEC.PATRONATOINPAL.IT

Forma di pagamento
[ ] C/C bancario o postale — Codice Iban
[ ] Libretto bancario o postale — Numero di libretto
[ ] Assegno circolare
[ ] Pagamento localizzato presso sportello postale — Frazionario
[ ] Pagamento localizzato presso sportello bancario — Abi — Cab

n° caso (inf./m.p.): 516145196 del GG 24 / MM 07 / AAAA 2018
Data decesso infortunato: GG / MM / AAAA

Nel dichiare i miei dati anagrafici
Dati del delegante (da compilare solo se diverso dall'assicurato).

**DELEGANTE**

Cognome:
Nome:
Sesso: M [ ] F [ ]
Nato a (Comune o Stato estero):
Prov.: Sigla naz.: il GG / MM / AAAA
Codice fiscale:
Residente in (Via, Piazza, ecc.):
N. Civico: /
Comune:
Prov.: CAP: COD. ISTAT:
Con il presente atto DELEGO il Patronato-sigla: INPAL
Telefono Abitazione:
Indirizzo E-MAIL:
Telefono Cellulare:
Indirizzo E-MAIL PEC:

**PATRONATO**

indirizzo Sede/Zona: PERUGIA
Cod.Naz.: 37 Cod. Sede/Zona: PGA Cod. intervento: C1

Presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 c.c., **a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente**, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 30 marzo 2001, n. 152 e del D.M. 10/10/08, n. 193 nei confronti dell'INAIL, per lo svolgimento della pratica relativa a:

n° pratica Patronato: 0026022
revoca [X]
Codice Patr. Revocato: 34

Firma (per gli analfabeti firma di 2 testimoni): [redacted]

Nel trasmettere il mandato rilasciatoci dal delegante sopra indicato, si chiede di farci pervenire notizie sull'esito della sotto specificata richiesta e tutte le indicazioni relative all'intervento

**PRESENTATO COME:** [ ] Prima richiesta [ ] Sollecito [ ] Riesame [X] Ricorso/opposizione [ ] Citazione

**SI ALLEGA :** [X]
CERTIFICATI

**Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.**

data, timbro del Patronato (codice)
nome e cognome dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato
ARCELLI JACOPO
RCLJCP89L15D786C

Inviato dal Patronato INPAL — Codice Sede zona PGA
nella persona di ARCELLI JACOPO — Codice Fiscale RCLJCP89L15D786C
n. Identificativo 3776882 data 26 / 02 / 2020 ora 12 : 46 n. pratica 0026022

Mod. 1 - P Copia per il patronato - Tip. INAIL

# INFORMATIVA AL MODELLO 1P

Allegato al modello 1/P

**DATI ASSISTITO**

Io sottoscritto /a Cognome LILLI

Nome MARCELLO

Data nascita 03/10/1962 Comune di nascita GUBBIO sesso M ☒ F ☐

Codice Fiscale LLLMCL62R03E256E Cittadinanza _____

Indirizzo VIA DEI CALZOLARI Numero Civico 18

C. A. P. 06024 Città GUBBIO (PG)

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ed in particolare essendo stato informato che:
il Patronato_____ effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura sensibile, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza;
i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito.
I dati personali (con esclusione di quelli sensibili) potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti a_____ Associazioni/Organizzazione promotrice del Patronato _____ per finalità proprie dell'Associazione Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini;
il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata rispettando le prescrizioni dettate dagli artt. 31 e seguenti della Legge , in modo da ridurne al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta;
il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1 comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta;
in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196 del 2003;
titolare del trattamento dei dati è il patronato /_____ in persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante pro- tempore, domiciliato per la carica in Roma, Via_____
n._____ CAP_____ e responsabile del trattamento dei dati ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del codice è il Direttore/Responsabile pro-tempore della Sede Provinciale del Patronato_____ di _____ domiciliato per la carica in_____ reperibile ai seguenti recapiti: email_____fax_____tel._____

**Punto 1**
Fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali i, ivi espressamente compresi i dati sensibili, con le modalità sopraindicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato,nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato _____ ad accedere, ai sensi dell'art. 116 della Legge, alle banca dei dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico;

Data_____ Firma Assistito _____

Inviato dal Patronato INPAL Codice Sede zona PGA
nella persona di ARCELLI JACOPO Codice Fiscale RCLJCP89L15D786C
n. identificativo 3776882 data 26 / 02 / 2020 ora 12 : 46 n. pratica 0026022

certificato mp.pdf | certificato mp.pdf

file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/certificato%20mp.pdf

1 di 9 | Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

# IL CERTIFICATO MEDICO

INAIL

**Mod. 5 SS bis**

## CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome | Nome | Sesso ○ M ○ F

Nato a (Comune) | Prov. | GG / MM / AAAA | Nazionalità

Domiciliato a (Comune) | Prov. | Cap | Telefono

Indirizzo (via, piazza, ecc.) | N. civico /

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

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

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 | Nome

Codice fiscale del medico | In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

Codice Inail del medico o del presidio sanitario | Presidio sanitario

Comune | Prov. | Cap | Telefono fisso o cellulare

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. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio | Timbro e firma del medico

**Copia A - per l'Inail** - *Modulo aggiornato al 10/10/2014*

Pagina 1 di 3

INPAL ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:32 11/11/2019

certificato mp.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/certificato%20mp.pdf
2 di 9
Adatta alla pagina
Visualizzazione pagina
Leggi ad alta voce
Aggiungi note

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame) ○ SI ○ NO

Se SI quali?

☐ Invalido civile ☐ Invalido Inps ☐ Altro (specificare)

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

Terapia

Si presume invalidità permanente ○ SI ○ NO ☐ Prognosi riservata

☐ Ricovero ospedaliero presso

☐ Caso mortale ☐ Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio

Timbro e firma del medico

Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:30
11/11/2019

certificato mp.pdf
certificato mp.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/certificato%20mp.pdf
3 di 9
Adatta in larghezza
Visualizzazione pagina
Leggi ad alta voce
Aggiungi note

INAIL

**Mod. 5 SS bis**

**RISERVATO ALL'ASSICURATO**

Cognome _____ Nome _____

Datore di lavoro attuale/ultimo dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Assicurato: ○ Dipendente ○ Autonomo ○ Altro (specificare)

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

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

| N. | Da (MM/AAAA) | A (MM/AAAA) | Datore di lavoro | Comune | Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3) | Rischio/esposizione/agente/lavorazione | Attività lavorativa svolta/mansione |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio _____ Firma dell'assicurato _____

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003.
Ulteriori info: www.inail.it > privacy

**Copia A - per l'Inail** - *Modulo aggiornato al 10/10/2014*



INPAL ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:31
11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
1 di 7
Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

INAIL

Mod. 101 R.A.

INPAL ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

**DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE/SILICOSI ASBESTOSI**
(art. 53, d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.)

Alla sede Inail

SEZIONE LAVORATORE

Cognome | Nome

Codice fiscale | Stato di nascita | Cittadinanza | Sesso | Stato civile (1)

Comune di nascita | Prov. | Data di nascita (GG/MM/AAAA) | Data di decesso (GG/MM/AAAA)

Indirizzo di residenza (via, piazza, ... numero civico)

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl

Indirizzo di domicilio (via, piazza, ... numero civico) (compilare solo se diverso da quello di residenza)

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl

Da compilare solo in caso di consenso del lavoratore a comunicare i propri dati personali all'Inail, con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione della pratica di infortunio; l'indicazione di almeno un numero di telefono potrà consentirne una più tempestiva istruttoria.

Prefisso internazionale | Telefono abitazione | Prefisso internazionale | Telefono cellulare

Indirizzo Email | Indirizzo Pec

Studente (2) ☐ Si ☐ No | Parente del datore di lavoro ☐ Si ☐ No | Persone a carico ☐ Si ☐ No | Tutela Inps in caso di malattia comune ☐ Si ☐ No

Tipologia di lavoratore (3) | Tipologia di contratto (4)

Tipologia di part-time: ☐ Orizzontale ☐ Verticale ☐ Misto

Percentuale di part-time ___ , ___ %

Articolazione dell'orario di lavoro prevista per il giorno dell'evento
Dalle ore ___ : ___ Alle ore ___ : ___
Dalle ore ___ : ___ Alle ore ___ : ___

Data assunzione (GG/MM/AAAA) | Data fine rapporto di lavoro (GG/MM/AAAA)

CCNL - Settore lavorativo CNEL (5) | CCNL - Categoria CNEL (6)

Qualifica assicurativa (7)

Voce professionale Istat (8)

*Modulo aggiornato al 24/09/2018*



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:33
11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
2 di 7
Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

INPAL ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

**SEZIONE DATORE DI LAVORO**

☐ **INDUSTRIA, ARTIGIANATO, SERVIZI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI TITOLARI DI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

Codice fiscale | Cognome e nome o ragione sociale
Codice ditta | Posizione assicurativa territoriale | Settore attività (9)
Tipo polizza (10) | Voce di tariffa (11)

☐ **PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN SPECIALE GESTIONE PER CONTO DELLO STATO**

Codice fiscale amministrazione statale | Amministrazione statale
Codice fiscale struttura | Struttura in cui opera abitualmente il lavoratore | Codice Inail

☐ **AGRICOLTURA**

Codice fiscale | Cognome e nome o ragione sociale | Matricola Inps/codice CIDA
Tipologia datore di lavoro (12) | Data inizio attività (GG/MM/AAAA) | Data fine attività (GG/MM/AAAA)

☐ **SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI**

Cognome | Nome | Codice fiscale | Codice Inps

☐ **LAVORO ACCESSORIO (DATORI DI LAVORO PERSONE FISICHE NON APPARTENENTI ALLE CATEGORIE PRECEDENTI)**

Cognome | Nome | Codice fiscale

**INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO** (via, piazza ecc. ... numero civico)

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl
Prefisso internazionale | Telefono | Indirizzo Email | Indirizzo Pec

**UNITA' PRODUTTIVA** in cui opera abitualmente il lavoratore

**INDIRIZZO DELL'UNITA' PRODUTTIVA O DELLA STRUTTURA** in cui opera abitualmente il lavoratore (via, piazza, ... numero civico)

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat | Asl
Prefisso internazionale | Telefono | Indirizzo Email | Indirizzo Pec

**INDIRIZZO PER L'INVIO DELLA CORRISPONDENZA** (provvedimenti, atti istruttori, assegni relativi alla pratica di infortunio) (via, piazza e numero civico)

Nazione | Comune | Prov. | Cap | Istat
Indirizzo Email | Indirizzo Pec

Reparto, ufficio o cantiere in cui opera abitualmente il lavoratore | Lavorazione svolta dall'azienda/amministrazione (aziende agricole v. nota 13)
Attività agricola (14)

**LA SOMMA DOVUTA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA SARÀ EROGATA DIRETTAMENTE AL LAVORATORE SE IL DATORE DI LAVORO HA OTTENUTO DA PARTE DELL'INAIL L'AUTORIZZAZIONE AD ANTICIPARE LE INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA AI SENSI DELL'ART. 70 D.P.R. 1124/1965, IL RIMBORSO POTRÀ AVVENIRE CON:**

☐ vaglia postale/assegno circolare (valida solo per importi non superiori a mille euro ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge 214/2011. L'assegno sarà inoltrato all'indirizzo per l'invio della corrispondenza)

☐ accredito su c/c bancario o postale o altro strumento elettronico di pagamento dotato di codice Iban | codice Iban



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:33 11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
3 di 7
Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

SEZIONE DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

**DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**

Numero identificativo certificato _____ Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata ☐

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia GG/MM/AAAA

**DESCRIZIONE DELLA MALATTIA**

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

**Periodo di esposizione**

dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA dal 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 a rischio? Ore

In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

**DESCRIZIONE DELLA MALATTIA**

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia

**Periodo di esposizione**

dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA dal GG/MM/AAAA al GG/MM/AAAA dal 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 a rischio? Ore

In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativo

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? ☐ Si ☐ No

Se si, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? ☐ Si ☐ No

Se si, quali?



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:34 11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
4 di 7
Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

SEZIONE DESCRIZIONE SILICOSI/ASBESTOSI

**DATI CERTIFICATO MEDICO DA CUI SCATURISCE L'OBBLIGO DI DENUNCIA ai sensi dell'art. 53 d.p.r. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i.**

Numero identificativo certificato _____ Data di rilascio del certificato medico GG/MM/AAAA

Data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato di malattia dal lavoratore GG/MM/AAAA

Periodo di prognosi dal (GG/MM/AAAA) al (GG/MM/AAAA) Prognosi riservata ☐

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia GG/MM/AAAA

**DESCRIZIONE DELLA MALATTIA SILICOSI/ASBESTOSI**

Malattia denunciata

Agente/Lavorazione/Esposizione che avrebbero determinato la malattia (vedi tabella allegata)

**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

| MANSIONI | NATURA ROCCIA | SILICE LIBERA | | AMIANTO | | NATURA MATERIALI TRATTATI/IMPIEGATI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

Ultimo giorno di esposizione GG/MM/AAAA

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto al rischio? Ore

In che modo? ☐ Continuativo ☐ Non continuativo

L'ambiente di lavoro era polveroso? ☐ Si ☐ No

I materiali trattati e impiegati erano umidi? ☐ Si ☐ No

Misure di sicurezza e prevenzione adottate

Il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria? ☐ Si ☐ No

Se si, indicare per quale rischio

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore e accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? ☐ Si ☐ No

Se si, quali?

*Modulo aggiornato al 24/09/2018*



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:35
11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
5 di 7
Adatta in larghezza | Visualizzazione pagina | Leggi ad alta voce | Aggiungi note

INPAL ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

SEZIONE DATI RETRIBUTIVI

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO): LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC) E' COMPUTATA SU BASE:**

☐ Oraria ☐ Ore settimanali ☐ Giornaliera ☐ Mensile/ mensilizzata ☐ Convenzionale ☐ Convenzionale artigiana ☐ Voucher — Importo ____ , ____

**VARIAZIONE DELLA RETRIBUZIONE INTERVENUTA NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**

Retribuzione oraria/mensile pari a ____ , ____ dal GG/MM/AAAA ____

**ELEMENTI AGGIUNTIVI DELLA RETRIBUZIONE RIFERITI AI 15 GIORNI PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO:**

Importo lavoro straordinario ____ , ____

Importo festività cadenti di domenica ____ , ____

Importo prestazioni in natura, vitto e alloggio ____ , ____

Importo diaria - trasferta ____ , ____

Importo indennità/maggiorazioni per mensa, trasporto, lavoro notturno, festività ecc. ____ , ____

Importo festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati ____ , ____

**ELEMENTI AGGIUNTIVI A BASE ANNUALE:**

Tredicesima mensilità — in % ____ , ____ oppure Importo ____ , ____

Premio di produzione — in % ____ , ____ oppure Importo ____ , ____

Altre mensilità aggiuntive — in % ____ , ____ oppure Importo ____ , ____

Ferie, festività e riposi compensativi trasformati in ferie — in % ____ , ____ oppure giorni ____

Maggiorazione omnicomprensiva in edilizia, agricoltura, ecc. — in % ____ , ____

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI E DI RIASSETTO E PULIZIA LOCALI:**

Durata normale della settimana di lavoro: N. ore ____ Retribuzione convenzionale oraria: Importo ____ , ____

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**
Altri datori di lavoro presso i quali il lavoratore prestava la propria opera per servizi domestici e familiari e di riassetto e pulizia locali alla data dell'evento:

1) Generalità e recapito ____ Durata normale della settimana di lavoro: N. ore ____ Retribuzione convenzionale oraria ____ , ____

2) Generalità e recapito ____ Durata normale della settimana di lavoro: N. ore ____ Retribuzione convenzionale oraria ____ , ____

☐ **DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA (ESPOSTI AL LORDO) PER I DIPENDENTI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME):**

Clausole pattuite in forma scritta previste dal contratto collettivo nazionale o concordate dalle parti avanti alle commissioni di certificazione: ☐ Lavoro flessibile ☐ Lavoro elastico (solo part-time verticale o misto)

Condizioni e modalità pattuite, rilevanti ai fini dell'evento infortunistico (es. variazioni dell'orario di lavoro previsto per il giorno dell'evento, eventuali compensazioni riconosciute per le clausole pattuite o per il lavoro supplementare, ecc.)

Ore di lavoro settimanali previste dalla contrattazione collettiva nazionale per i lavoratori a tempo pieno — N. ore ____

Retribuzione annua tabellare (15) prevista dalla contrattazione collettiva nazionale o, in assenza, da quella territoriale, aziendale o individuale, per un lavoratore a tempo pieno di pari livello o categoria — Importo ____ , ____

Ore di lavoro settimanali da retribuire (16) al lavoratore in forza di legge o per contratto — N. ore ____

Ore di lavoro settimanali supplementari (17) da retribuire al lavoratore per contratto — N. ore ____

Ore di lavoro settimanali supplementari effettivamente prestate dal lavoratore nei quindici giorni precedenti la data dell'evento, se non previste per contratto (18) — N. ore ____

Lavoro straordinario (19) riferito ai quindici giorni precedenti la data dell'evento — Importo ____ , ____

**INFORMAZIONI DA RICHIEDERE AL LAVORATORE:**
Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)

Altro datore di lavoro con il quale il lavoratore ha in corso un contratto a tempo parziale alla data dell'evento (indicare la ragione sociale ed un recapito)



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:35 11/11/2019

denunciaMP.pdf
file:///C:/Users/Marco%20Crescentini/Desktop/SLIDEINPAL%20inail/denunciaMP.pdf
6 di 7
Adatta in larghezza
Visualizzazione pagina
Leggi ad alta voce
Aggiungi note

INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA DEI LAVORATORI

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.

**IL SOTTOSCRITTO**

☐ Datore di lavoro ☐ Delegato/incaricato del datore di lavoro ☐ Mandatario del datore di lavoro

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Nato a _____ Il (GG/MM/AAAA) _____

Indirizzo (via, piazza, ... numero civico) _____

Nazione _____ Comune _____ Prov. ____ Cap ____ Istat ____

Prefisso estero ____ Telefono ____ Indirizzo Email _____ Indirizzo Pec _____

**DICHIARA**

- di rendere la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. in qualità di datore di lavoro o su delega/incarico o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'Istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto di n. 6 pagine, inclusa la presente;

- di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'Inail;

- di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente denuncia non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato/incaricato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente denuncia di malattia professionale/silicosi asbestosi e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

**Allegati n.:** ____

**Note**

_____

GG/MM/AAAA
Data ____ Timbro e firma ____

*Modulo aggiornato al 24/09/2018*



Scrivi qui per eseguire la ricerca
15:36
11/11/2019

Tab. C

# INTERVENTI IN MATERIA DI DANNI DA LAVORO E ALLA SALUTE

| | | Punti |
|---|---|---|
| 1 | Riconoscimento malattia professionale | 6 |
| 2 | Riconoscimento infortunio non denunciato | 6 |
| 3 | Riconoscimento danno biologico | 6 |
| 4 | Riconoscimento pensione privilegiata (P.I.) | 6 |
| 5 | Riconoscimento del diritto a rendita | 6 |
| 6 | Revisione infortuni e malattie professionali o danno biologico | 6 |
| 7 | Riconoscimento rendita a superstiti di titolare di rendita | 5 |
| 8 | Riconoscimento rendita a superstiti di non titolare di rendita | 5 |
| 9 | Riconoscimento primo pagamento indennità temporanea | 4 |
| 10 | Riconoscimento prolungamento indennità temporanea | 4 |
| 11 | Riconoscimento causa di servizio | 3 |
| 12 | Riconoscimento equo indennizzo | 3 |
| 13 | Riconoscimento affezioni da emoderivati | 3 |
| 14 | Revisione quinquennale dell'equo indennizzo | 3 |
| 15 | Quota integrativa rendita con decorrenza successiva | 0 |
| 16 | Ricaduta stato di inabilità assoluta temporanea | 0 |
| 17 | Riconoscimento prolungamento assegno giornaliero | 0 |
| 18 | Domanda riscatto rendita agricola (art. 220 T.U.) | 0 |
| 19 | Reintegrazione rendita a superstiti (art. 85, 2° comma T.U.) | 0 |
| 20 | Richiesta integrazione rendita | 0 |
| 21 | Riconoscimento postumi grado non indennizzabile | 0 |
| 22 | Richiesta accertamenti diagnostici specifici | 0 |
| 23 | Richiesta di cure termali | 0 |
| 24 | Richiesta di protesi | 0 |
| 25 | Richiesta assegno funerario | 0 |
| 26 | Richiesta tripla annualità a superstiti (art. 85, p 1 T.U.) | 0 |
| 27 | Richiesta assegno assistenza personale continuativa | 0 |
| 28 | Richiesta assegno di incollocabilità grandi invalidi | 0 |
| 29 | Richiesta rimborso medicinali | 0 |
| 30 | Richiesta spese di viaggio/diaria/indennità sostitutiva salario | 0 |
| 31 | Richiesta liquidazione in capitale della rendita | 0 |
| 32 | Riconoscimento stato di handicap o di inidoneità al servizio | 0 |
| 33 | Pensione di guerra, indennizzi e tabellari dirette | 0 |

COPIA TRATTA DA GURITEL — GAZZETTA UFFICIALE

# Modello integrativo > *in sede di tutela successiva e conseguente alla prima attività (Sollecito; integrazioni; riesame; ricorso/opposizione)*

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Mod. integrativo

INAIL

Data di arrivo

PATRONATO

Alla sede di

**INTERVENTO INTEGRATIVO**

Cognome | Nome | Sesso ◯ M ◯ F

Nato a (Comune o Stato estero) | Prov. | Nazionalità | GG/MM/AAAA

Codice fiscale | N. caso (inf./m.p.) | del GG/MM/AAAA | N. pratica Patronato

Codice prima richiesta | Descrizione | Cod. naz. | Cod. sede/zona

**PRESENTATO COME**

◯ sollecito ◯ integrazione documento ◯ ricorso/opposizione ◯ riesame ◯ citazione

Oggetto

**SI ALLEGA**

☐

data, timbro del Patronato (codice)
nome e cognome dell'operatore autorizzato

**Mod. integrativo - Copia per l'Inail**

*Modulo aggiornato al 03/02/2015*

Pagina 1 di 1

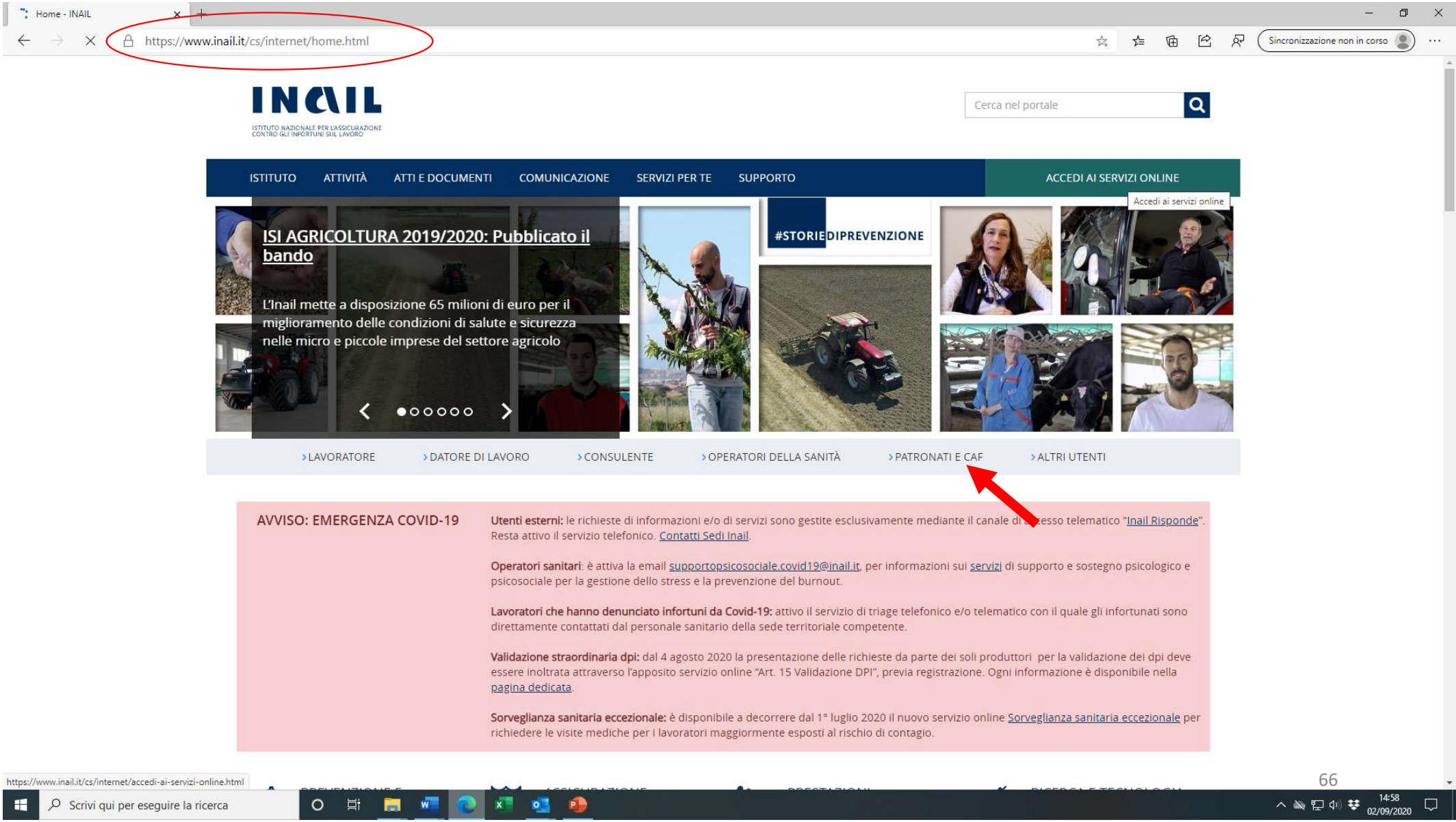
*UTILIZZARE SOLO PER INTERVENTI SUCCESSIVI*

*Allegare documentazione altrimenti l'intervento non sarà preso in considerazione (salvo per il sollecito)*

# INOLTRO DOMANDE ALL'INAIL

- ON-LINE
  - SITO INAIL – AREA RISERVATA AI PATRONATI
    - compilazione  Modello 1P online
    - Compilazione modello integrativo
- OFF-LINE: programma MISIA
  - Creazione file  XML modello 1P
  - Creazione file XML modello integrativo
- PEC alla sede INAIL competente (trasmissione PDF dei modelli 1P e/o integrativo)

# On-line: sito www.inail.it



Patronati - INAIL

https://www.inail.it/cs/internet/servizi-per-te/patronati-e-caf/patronati.html

- Lavoratore
- Datore di Lavoro
- Consulente
- Patronati e Caf
  - Patronati
  - Caf
- Operatori della sanità
- Altri Utenti

# Patronati

## Cruscotto Patronati

Il servizio ti consente di consultare ed estrarre i dati del "consolidato progressivo", del dato relativo agli interventi definiti nell'anno in corso, degli indicatori degli "standard qualitativi" relativi alla legge di stabilità 2013.

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Chiarimenti d.lgs. n.151 del 14 settembre 2015 art. 21

Chiarimenti obbligo di inoltro per via telematica delle denunce e dei certificati medici di malattia professionale in agricoltura. Si trasmette la nota inoltrata alle Strutture Territoriali dell'Istituto in data 30/08/16, prot. n.12061. Si allega,copia della nota della Direzione Centrale Prestazioni del 02/07/01, esplicativa del decreto ministeriale del 29/05/2001.

Moduli e documenti utili

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Consultazione pratica e provvedimenti

Consultazione pratica consente all'utente di patronato di visualizzare dati relativi a casi di infortunio/malattia professionale in presenza di mandato di patrocinio. Provvedimenti consente all'utente di patronato di visualizzare i provvedimenti che sono stati prodotti per gli uffici zonali di competenza.

Moduli e documenti utili

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Lista pratiche

Il servizio consente all'utente di patronato, amministratore o zonale, di visualizzare l'elenco degli interventi di patrocinio registrati.

Moduli e documenti utili

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Interventi

Il servizio ti consente di inviare all'Inail la richiesta di patrocinio e la pratica dell'infortunato che si è rivolto presso i tuoi uffici

Moduli e documenti utili

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Riepilogo attività

Il servizio ti permette di consulatare a scaricare i dati di riepilogo su interventi ed esiti presso la singola sede Inail oppure a livello nazionale, per il singolo patronato o per tutti i patronati.

Moduli e documenti utili

ACCEDI AL SERVIZIO ON LINE

## Gestione uffici zonali

Il servizio ti permette di gestire direttamente l'anagrafica dei

## Integrazione della procedura GRAIWEB per gli eventi lesivi del settore navigazione

Integrazione dei servizi istituzionali dell'assicurazione degli



Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:04
02/09/2020

Accedi ai servizi online - INAIL

https://www.inail.it/cs/internet/accedi-ai-servizi-online.html#none

- Registrazione
- Accedi tramite CNS
- Accedi con credenziali INPS
- Accedi con Spid
- Recupero credenziali d'accesso
- Servizi attivi e di futura attivazione
- Obblighi per gli utenti dei servizi online

## ACCEDI AI SERVIZI ONLINE

Nome utente

Password

ACCEDI

hai dimenticato la password?

Oppure

Entra con SPID

aruba.it SPID
lepida
intesa ID
Namirial ID
SIELTE id
TIM id
Poste ID
SpidItalia

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

RECAPITI E CONTATTI

**INAIL sede centrale**
P.le Pastore 6, 00144 Roma (RM)

Contact center
(+39) 06.6001
Dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00

MENU RAPIDO

Moduli e modelli
Verificare la regolarità contributiva - Durc online
Accedi ai servizi online
Faq

SEGUICI SU

https://fwsspid.inail.it/affwebservices/public/saml2authnrequest?ProviderID=https://posteid.poste.it&AssertionConsumerServiceIndex=0&ForceAuthn=yes&NameQualifier=fwsspid.inail.it&AttributeConsumingServiceIndex=0

Scrivi qui per eseguire la ricerca

14:58
02/09/2020

INAIL - Istituto Nazionale per l'A

https://www.inail.it/so-access-page/

Sincronizzazione non in corso

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO | ATTIVITÀ | ATTI E DOCUMENTI | COMUNICAZIONE | SERVIZI PER TE | SUPPORTO | ESCI

*Benvenuto/a* **TERESA STAMPETA** | My Home

- Art.15 Validazione DPI
- Casalinghe
- Comunicazioni
  - Messaggi
- Customer Satisfaction
- Durc On Line
- pagoPA
- Prestazioni
  - Consultazione Pratica
  - Cruscotto Patronati
  - Interventi patronato
  - Lista Pratiche
  - Provvedimenti
  - Riepilogo Attività
- Procedura Concorsi
- Ricerca Certificati Medici
- Rischio biologico
- Rischio da polveri silicotigene
- Sorveglianza Sanitaria Eccezionale

? Consulta le FAQ

Manuali Operativi

## La mia homepage

Benvenuto nella tua homepage Inail da questa pagina potrai accedere alla lista dei servizi a te dedicati tramite "I miei Servizi", consultare i manuali e le Faq, scaricare la modulistica necessaria ed essere sempre aggiornato sulle novità che ti riguardano. Inoltre potrai accedere al tuo profilo personale e gestre i tuoi dati.

MANUALI OPERATIVI
Accedi all'elenco dei manuali operativi di supporto all'utilizzo dei servizi online. »

FAQ
Consulta le domande più frequenti sui servizi online. »

IL MIO PROFILO
Visualizza e modifica i tuoi dati personali. »



Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:06
02/09/2020

INAIL - Istituto Nazionale per l'A

https://www.inail.it/so-access-page/

Sincronizzazione non in corso

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO | ATTIVITÀ | ATTI E DOCUMENTI | COMUNICAZIONE | SERVIZI PER TE | SUPPORTO | ESCI

*Benvenuto/a* **TERESA STAMPETA** | My Home

Torna alla Home

Consulta la guida

## INTERVENTI DI PATRONATO

Guida alla pagina

**37 INPAL**

## ELENCO UFFICI ZONALI

Elementi per pagina 10

| Codice | Descrizione | |
|---|---|---|
| RME | ROMA (RM) - VIA TORINO 97 | |

« 1 »



Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:07
02/09/2020

INAIL - Istituto Nazionale per l'A

https://www.inail.it/so-access-page/

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO | ATTIVITÀ | ATTI E DOCUMENTI | COMUNICAZIONE | SERVIZI PER TE | SUPPORTO | ESCI

*Benvenuto/a* **TERESA STAMPETA** | My Home

Torna alla Home

Cambio Ufficio

Consulta la guida

## INTERVENTI DI PATRONATO

Guida alla pagina

**37 INPAL - RME ROMA ( RM )**

1. Richiesta on-line
    1. Modello 1P
    2. Modello 1P in attesa di invio
    3. Modello integrativo
2. Richiesta off-line
    1. Modello 1P
    2. Modello integrativo
3. Richieste inviate
    1. Nuovi modelli
    2. Vecchi modelli
4. Elenco richieste 1P da integrare
5. Legenda
6. Demo off-line
    1. Modello 1P
    2. Modello integrativo



Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:15
02/09/2020

INAIL - Istituto Nazionale per l'A

https://www.inail.it/so-access-page/

Sincronizzazione non in corso

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Cerca nel portale

ISTITUTO | ATTIVITÀ | ATTI E DOCUMENTI | COMUNICAZIONE | SERVIZI PER TE | SUPPORTO | ESCI

*Benvenuto/a* **TERESA STAMPETA** | My Home

Torna alla Home

Cambio Ufficio

Consulta la guida

INTERVENTI DI PATRONATO - MODELLO 1P ONLINE

Guida alla pagina

**37 INPAL - RME ROMA ( RM )**

## Dati dell'assicurato

(*) campi obbligatori

Cognome *

Nome *

Codice fiscale *

Sesso * M

Data di nascita (gg/mm/aaaa) * / /

Data decesso (gg/mm/aaaa) / /

Nazione di nascita *

Provincia di nascita *

Comune di nascita * (selezionare una provincia)

Provincia di residenza *

Comune di residenza * (selezionare una provincia)

CAP *



Scrivi qui per eseguire la ricerca

15:17
02/09/2020

# Dati del patronato

(*) campi obbligatori

Prestazione *

(selezionare)

N. Pratica Patronato *

Revoca

Codice Patronato Revocato

(selezionare)

Tipologia della richiesta:

- PRIMA RICHIESTA
- SOLLECITO
- RIESAME
- RICORSO/OPPOSIZIONE
- CITAZIONE

INDIETRO | CONFERMA | ANNULLA

## INTERVENTI DI PATRONATO - MODELLO 1P ONLINE

Guida alla pagina

PATRONATO INPAL

Per la prestazione richiesta è previsto un allegato obbligatorio.
Il mancato inserimento del documento non impedisce l'invio del modello 1P.

Se si desidera inviare il modello premere Avanti.
Se si desidera inviare successivamente il modello premere Salva.

INDIETRO | SALVA | AVANTI

INTERVENTI DI PATRONATO - MODELLO 1P ONLINE

Guida alla pagina

[redacted]

## Dati dell'allegato

Categoria allegato

(selezionare)

ACQUISIZIONE ALLEGATO (FILE PDF)

Nome File PDF

SCEGLI FILE

INDIETRO | INVIA | ANNULLA

# STATISTICAZIONE Interventi Tab. «C»

# VOCI INAIL TABELLA «C»
# INTERVENTI IN MATERIA DANNI DA LAVORO E ALLA SALUTE

| Voce | Descrizione voce | Punti |
|---|---|---|
| 1 | Riconoscimento malattia professionale | 6 |
| 2 | Riconoscimento infortunio non denunciato | 6 |
| 3 | Riconoscimento danno biologico | 6 |
| 5 | Riconoscimento del diritto a rendita | 6 |
| 6 | Revisione infortuni malattie professionali danno biologico | 6 |
| 7 | Riconoscimento rendita a superstiti di titolari di rendita | 5 |
| 8 | Riconoscimento rendita a superstiti di non titolari di rendita | 5 |
| 9 | Riconoscimento primo pagamento indennità di temporanea | 4 |
| 10 | Riconoscimento prolungamento indennità di temporanea | 4 |
| 15 | Quota integrativa rendita con decorrenza successiva | 0 |
| 16 | Ricaduta stato di inabilita assoluta temporanea | 0 |
| 17 | Riconoscimento prolungamento assegno giornaliero | 0 |
| 18 | Domanda riscatto rendita agricola | 0 |
| 19 | Reintegrazione rendita a superstiti | 0 |
| 20 | Reintegrazione rendita | 0 |
| 21 | Riconoscimento postumi grado non indennizzabile | 0 |
| 22 | Richiesta accertamenti diagnostici specifici | 0 |
| 23 | Richiesta cure termali | 0 |
| 24 | Richiesta protesi | 0 |
| 25 | Richiesta assegno funerario | 0 |
| 26 | Richiesta tripla annualità ai superstiti | 0 |
| 27 | Richiesta assegno per assistenza personale continuativa | 0 |
| 28 | Richiesta assegno incollocabilità per grandi invalidi | 0 |
| 29 | Richiesta rimborso medicinali | 0 |
| 30 | Richiesta spese di viaggio/diaria/indennità sostitutiva del salario | 0 |
| 31 | Richiesta liquidazione rendita in capitale | 0 |

# VOCI INAIL TABELLA D: INTERVENTI IN MATERIA SOCIO ASSISTENZIALE

| Voce | Descrizione voce | Punti |
|---|---|---|
| 15 | Speciale assegno continuativo | 0 |

# Concetto pratica unica superato

- Con l'entrata in vigore del Decreto 193/08 (regolamento di attuazione della Legge 152/01), è stato superato il concetto di "pratica unica".
- L'art. 6, comma 2, del Regolamento sancisce che:

  *"qualora la richiesta di patrocinio comporti l'attivazione di più interventi distinti, ad ogni intervento definito positivamente è attribuito il relativo punteggio",*

  di conseguenza l'azione di tutela svolta dal Patronato in relazione ad uno specifico caso non è da considerare unitario.

  - La circolare Ministeriale, esplicativa del Decreto 193/08, la n. 10/2009, infatti, ha precisato che ***al momento dell'assunzione del patrocinio si renderà necessario aprire pratiche distinte per ciascun intervento che comporti la richiesta di una prestazione autonoma tra quelle di cui alla tabella "C", anche se tali interventi e tali prestazioni sono riferiti al medesimo caso.***

# VOCE C1 – RICONOSCIMENTO MALATTIA PROFESSIONALE

Può essere presentato contemporaneamente:

- **C3** richiesta di danno Biologico (se si ipotizzi un danno)
- **C5** riconoscimento del diritto a rendita (se si ipotizzi un danno rilevante, minimo del 16%)
- **C9** riconoscimento primo pagamento indennità temporanea (solo in caso di astensione dal lavoro)

# VOCE C3 – RICONOSCIMENTO DANNO BIOLOGICO

*Può essere presentato contemporaneamente*:

- **C1** Riconoscimento Malattia professionale
- **C2** riconoscimento infortunio non denunciato
- **C5** riconoscimento del diritto a rendita (se si ipotizzi un danno rilevante, almeno il 16%)
- **C9** riconoscimento primo pagamento indennità temporanea (necessaria astensione dal lavoro)

# VOCE C2 – RICONOSCIMENTO INFORTUNIO NON DENUNCIATO

*Può essere presentato contemporaneamente*:

- **C3** richiesta di danno Biologico (se si ipotizzi un danno)
- **C5** riconoscimento del diritto a rendita (se si ipotizzi un danno rilevante)
- **C9** riconoscimento primo pagamento indennità temporanea

# VOCE C9 – RICONOSCIMENTO PRIMO PAGAMENTO INDENNITA' TEMPORANEA

*Può essere presentato contemporaneamente*:

- **C1** Riconoscimento Malattia professionale (solo se astensione dal lavoro)
- **C2** riconoscimento infortunio non denunciato (in alternativa alla C1)
- **C3** richiesta di danno Biologico (se si ipotizzi un danno);
- **C5** riconoscimento del diritto a rendita (se si ipotizzi un danno rilevante)

# STATISTICAZIONE

## VOCI C1 E C2: RICONOSCIMENTO MALATTIA PROFESSIONALE – INFORTUNIO

- ***Le voci C1 e C2 (alternativamente) si possono statisticare positive a punteggio al riconoscimento del caso indipendentemente dall'erogazione di una prestazione economica.***

## Voci C3 e C5 DANNO BIOLOGICO – RICONOSCIMENTO RENDITA

- ***La voce C3 si può statisticare positiva a punteggio se il danno riconosciuto è superiore a zero.***
- ***In caso di riconoscimento di danno biologico superiore al 15%, si possono statisticare positivi e a punteggio gli interventi C3 e C5. Entrambe le richieste però devono essere presentate prima dell'emissione del relativo provvedimento.***
- ***Gli interventi C3 e C5 si possono statisticare positivi a punteggio, quando sia stato riconosciuto il diritto, anche se non viene erogato il relativo indennizzo o rendita (es. titolare di assegno invalidità o mancata regolarità contributiva).***
- ***L'opposizione conclusa positiva su interventi C3 e C5 già definiti positivi, deve essere chiusa negativa, a meno che il Patronato non intervenga solo per l'opposizione.***

## Voce C6 - REVISIONE INFORTUNI, MALATTIE PROFESSIONALI O DANNO BIOLOGICO

- ***Si può presentare solo come revisione per aggravamento (revisione passiva) e può essere chiusa positiva solo in caso di aumento del grado di menomazione o postumi.***

## Voce C9 – RICONOSCIMENTO PRIMO PAGAMENTO INDENNITA' TEMPORANEA

- ***Si può richiedere la prestazione C9 se l'INAIL non ha provveduto alla liquidazione trascorsi venti giorni dalla data della denuncia dell'infortunio.***
- ***Non possono essere statisticati a punteggio i casi di indennità temporanea con l'applicazione dell'art. 70 T.U.***
- ***L'intervento C9 si può definire positivo solo dopo il provvedimento definitivo di pagamento (pagamento a saldo).***

# RIESAME, RICORSO E OPPOSIZIONE

le fasi di riesame, ricorso, opposizione amministrativa o medico legale, presentate successivamente ad una prestazione già definita positiva, non possono essere statisticate

le fasi di riesame, ricorso, opposizione amministrativa o medico legale si possono statisticare solo in prima istanza.

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Sede di FOLIGNO (PG)
VIA DEI PRETI, 4 INGRESSO DA PIAZZALE DELLA PACE, 12
06034 FOLIGNO PG
telefono:0742/328311
e-mail:FOLIGNO@INAIL.IT

**AVVERTENZE**
L'INAIL al fine di garantire un servizio più sicuro per la riscossione delle prestazioni economiche, prevede anche l'accredito in conto corrente bancario o postale.
Dal 2013 il CUD per indennità di temporanea pagata dall'Inail direttamente al lavoratore è disponibile sul sito www.inail.it. Il rilascio in forma cartacea deve essere richiesto. Maggiori informazioni sono reperibili nel predetto sito e possono essere richieste alle Sedi INAIL e al Contact Center (n. gratuito da rete fissa 803164, n. a pagamento da rete mobile 06164164).

INPAL
VIA SETTEVALLI 57 E/F/G
06129 PERUGIA PG

C H O I C E 3

FOLIGNO, 11/08/2020

Oggetto: Pratica di infortunio o malattia professionale n[illegible] del 03/01/2020 Gestione: 110
occorso a [redacted]
data di nasc. benef.: 04/05/1966
Cod. Fisc. benef.: RTL[redacted]66E44D653Q
Patronato : INPAL Uff. zonale : PGA [illegible]TTEVALLI 57 E/F/G 06129 PERUGIA PG
Rif. pratica: 20202901 C10 2020292 C3

**Prospetto liquidazione indennità e rimborso spese**

| periodo indennizzato dal | al | retribuzione giornaliera media o convenzionale | aliquota applicata alla retribuzione | retribuzione calcolata | giorni | importo dovuto | giorni ART. 72 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07/01/2020 | 02/04/2020 | 45,54 | 60 | 27,32 | 87 | 2.376,84 | |
| 03/04/2020 | 09/08/2020 | 45,54 | 75 | 34,16 | 129 | 4.406,64 | |

| Tot. indennità | - acconti | + spese | = saldo parziale | - ritenuta rateo rendita | - ritenuta per art. 72 T.U. | - imposta sul reddito | - addizionale regionale | - addizionale comunale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.783,48 | 6.441,88 | | 341,60 | | | 78,57 | 3,76 | 1,02 |

| + detrazione per lavoro dipendente | + danno biologico | saldo in EURO |
|---|---|---|
| | | 258,25 |

**Ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, si comunica che:**
L'IMPORTO INDICATO NEL PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE E' CORRISPOSTO A TITOLO DI INDENNITA' PER INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA.
L'IMPORTO INDICATO NEL PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE E' LIQUIDATO A SALDO DELLE INDENNITA' E DECURTATO DI QUANTO GIA' CORRISPOSTO A TITOLO DI ACCONTO.
NON E' STATA RISCONTRATA MENOMAZIONE DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA.
IL PAGAMENTO SARA' EFFETTUATO A MEZZO ACCREDITO IN CONTO CORRENTE COME DA LEI INDICATO
CONTRO IL PROVVEDIMENTO PUO' ESSERE AVANZATA OPPOSIZIONE A MEZZO RACCOMANDATA CON AVVISO DI RICEVIMENTO O CONSEGNA DIRETTA ALLA SEDE INAIL CHE HA EMESSO IL PROVVEDIMENTO. SE L'OPPOSIZIONE RIGUARDA IL GIUDIZIO MEDICO-LEGALE SULLA DURATA DELLA INABILITA' TEMPORANEA, LA MISURA O L'ASSENZA DELLA MENOMAZIONE, E' NECESSARIO ALLEGARE IDONEO CERTIFICATO MEDICO (ART.104 D.P.R.1124/1965).
PER L'OPPOSIZIONE E' POSSIBILE AVVALERSI DELL'OPERA GRATUITA DEGLI ISTITUTI DI PATRONATO.

Il responsabile del provvedimento
FRELLI PATRIZIA



Concetto di pratica plurima!!!!!!!

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

**DISPOSIZIONI PER L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI**
**(Testo Unico approvato con D.P.R. 30/6/1965, n 1124)**

1 - *Denuncia di infortunio e di malattia professionale*

1.1 - *Lavoratori industriali,agricoli subordinati a tempo indeterminato e lavoratori addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima.*

L'assicurato deve immediatamente informare il datore di lavoro, il preposto all'azienda, o il comandante della nave per i lavoratori del settore marittimo di qualsiasi infortunio occorsogli affinché questi possa presentare all'INAIL la denuncia di infortunio **entro 2 giorni** dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico da parte del lavoratore (il numero identificativo del certificato, la data della sua emissione e i giorni di prognosi relativi all'evento).
In caso di malattia professionale la denuncia deve essere inoltrata ai predetti soggetti entro 15 giorni dalla manifestazione.
Il datore di lavoro, il preposto all'azienda, o il comandante della nave per i lavoratori del settore marittimo, a sua volta, deve presentare la denuncia della malattia all'INAIL **entro 5 giorni** dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico.
In entrambe le ipotesi anzidette, l'inosservanza dell'assicurato determina la perdita del diritto all'indennità per inabilità temporanea assoluta per i giorni anteceedenti la data di notifica al datore di lavoro (artt. 52 e 53 T.U.).

1.2 - *Lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato.*

Il lavoratore subordinato deve immediatamente informare il datore di lavoro o il preposto all'azienda di qualsiasi infortunio occorsogli (241 T.U.).

**Per i lavoratori agricoli autonomi,** (coltivatori diretti, coloni e mezzadri) (D.M. 29 maggio 2001 N.13967) l'obbligo di denuncia è posto a carico del titolare del nucleo di appartenenza dell'infortunato. Se il lavoratore agricolo autonomo si trovi nell'impossibilità di provvedere alla predetta denuncia, il medico che abbia per primo constatato le conseguenze dell'infortunio è obbligato a darne notizia all'Inail entro le 24 ore.
**Per i lavoratori agricoli dipendenti** a tempo determinato è obbligato alla denuncia del datore di lavoro. (D.M. 29 maggio 2001, n.13967).

In caso di malattia professionale il **lavoratore agricolo autonomo e quello subordinato a tempo determinato**, deve denunciare al medico la malattia entro 15 giorni dalla data di astensione dal lavoro,affinché questi possa presentare all'INAIL la relativa denuncia entro 10 giorni successivi (251 T.U.) e, in caso di inosservanza, l'assicurato perde il diritto all'indennità per inabilità di temporanea assoluta per i giorni precedenti quello della denuncia al medico.

2 - *Decorrenza dell'indennità per inabilità temporanea assoluta.*

L'indennità per inabilità temporanea assoluta decorre dal 4° giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale.I primi 3 giorni sono indennizzati dal datore di lavoro.

**Agli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima,** nei casi di infortunio o malattia professionale che comportino l'inabilità temporanea assoluta dal lavoro viene corrisposta una indennità giornalieradal giorno successivo alla data dello sbarco

**Per i lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato**, ove l'assicurato ritardi più di tre giorni a ricorrere alla visita medica, viene considerata come data dell'infortunio, quella della visita stessa per cui i quattro giorni decorrono da tale data. (art.242).

3 - *Misura dell'indennità per inabilità temporanea assoluta.*

Fino al 90° giorno d'inabilità assoluta al lavoro l'indennità è pari al 60% della retribuzione giornaliera effettiva mediamente percepita nei 15 giorni lavorativi precedenti l'evento, mentre dal 91° giorno, anche non consecutivo, è elevata al 75% della stessa retribuzione (artt. 68 e 213 T.U.).

**Per i lavoratori agricoli autonomi,** l'indennità è calcolata sulla retribuzione minimale giornaliera fissata per la generalità dei lavoratori dell'industria, (art. 14 legge 243/1993).
**Per i lavoratori agricoli subordinati a tempo determinato,** l'indennità è calcolata sulla retribuzione giornaliera convenzionale per provincia fissata annualmente con decreto (art. 213 T.U.).
**Per gli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima,** nei casi di infortunio o malattia professionale che comportino l'inabilità temporanea assoluta dal lavoro viene corrisposta una indennità giornaliera nella misura del 75% della retribuzione effettivamente goduta alla data dello sbarco, annotata sul ruolo/licenza.
Ad eccezione delle categorie per le quali sono stabilite retribuzioni convenzionali ai sensi dell'art. 118 T.U. (personale imbarcato sulle navi adibite alla pesca marittima), il datore di lavoro deve comunicare alla competente Sede Inail, la retribuzione effettivamente corrisposta al lavoratore nei 30 giorni precedenti lo sbarco con la specifica degli elementi retributivi richiesti indicando anche l'eventuale posizione particolare del marittimo (continuità rapporto di lavoro, comandata).
In caso di ricovero l'Istituto può ridurre di un terzo l'indennità maturata dall'assicurato non coniugato e senza persone a carico. Per gli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima la facoltà di ridurre l?indennità è limitata al valore convenzionale della panatica (art. 72 T.U.).

4 - *Opposizione avverso i provvedimenti dell'Istituto.*

Contro i provvedimenti emessi dall'Istituto può essere avanzata opposizione.Se l'opposizione concerne il giudizio di natura medica circa la durata dell'inabilità o la misura del danno residuova allegato idoneo certificato medico (art. 104 T.U. e art. 8 legge n. 533/1973).



In sintesi alcune spiegazioni utili al lavoratore!!!!!

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

C 10

CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
Sede di FOLIGNO (PG)
VIA DEI PRETI, 4 INGRESSO DA PIAZZALE DELLA PACE, 12
06034 FOLIGNO PG
telefono:0742/328311
e-mail:FOLIGNO@INAIL.IT

INPAL
VIA SETTEVALLI 57 E/F/G
06129 PERUGIA PG

FOLIGNO, 11/08/2020

Oggetto: Pratica di infortunio o malattia professionale n° 515877139 del 03/01/2020 Gestione: 110
occorso a [redacted]
data di nasc. benef.: 04/05/1966
Cod. Fisc. benef.: RTL[redacted]56E44D653Q

Patronato : INPAL Uff. zonale : PGA VIA SETTEVALLI 57 E/F/G 06129 PERUGIA PG
Rif. pratica: 20202901 C10 2020292 C3

**Prospetto liquidazione indennità e rimborso spese**

| periodo indennizzato dal | periodo indennizzato al | retribuzione giornaliera media o convenzionale | aliquota applicata alla retribuzione | retribuzione calcolata | giorni | importo dovuto | giorni ART. 72 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07/01/2020 | 02/04/2020 | 45,54 | 60 | 27,32 | 87 | 2.376,84 | |
| 03/04/2020 | 09/08/2020 | 45,54 | 75 | 34,16 | 129 | 4.406,64 | |

| Tot. indennità | - acconti | + spese | = saldo parziale | - ritenuta rateo rendita | - ritenuta per art. 72 T.U. | - imposta sul reddito | - addizionale regionale | - addizionale comunale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.783,48 | 6.441,88 | | 341,60 | | | 78,57 | 3,76 | 1,02 |

| + detrazione per lavoro dipendente | + danno biologico | saldo in EURO |
|---|---|---|
| | | 258,25 |

**DICHIARAZIONE**

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DA PRESENTARE ALL'I.N.P.S. PER OTTENERE L'ACCREDITAMENTO DEI CONTRIBUTI FIGURATIVI.

Per l'infortunio/malattia professionale di cui sopra è stata corrisposta, da parte di questo Istituto, l'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea assoluta al lavoro. La presente dichiarazione è rilasciata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 56, lettera a) n. 2 del R.L.D. 4-10-1935 n. 1827 in combinato disposto con l'articolo 38 del Regolamento approvato con R.D. 28-8-1924 n. 1422, nonchè dell'articolo 11, primo comma del D.P.R. del 26-4-1957, n. 828 ai fini del computo dei contributi figurativi da parte dell'istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

Il responsabile del provvedimento

Patronato : INPAL Uff. zonale : PGA VIA SETTEVALLI 57 E/F/G 06129 PERUGIA PG

Rif. pratica: 2020292 C3

**Prospetto liquidazione indennità e rimborso spese**

| periodo indennizzato | | retribuzione giornaliera media o convenzionale | aliquota applicata alla retribuzione | retribuzione isolata | giorni | | giorni ART. 72 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| dal | al | | | | | | |

| Tot. indennità | - acconti | + spese | = saldo parziale | - ritenuta rateo rendita | ale | - addizionale comunale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| + detrazione per lavoro dipendente | + danno biologico | saldo in EURO |
|---|---|---|
| | 13.848,98 | 13.848,98 |

Ricordiamoci che per avere la pratica positiva basta 1% Di valutazione postumi

**Ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, si comunica che:**

E' STATA ACCERTATA UNA MENOMAZIONE DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA CHE, COME PREVISTO DAL DECRETO LEGISLATIVO N.38 DEL 23/02/2000, DA' DIRITTO AD INDENNIZZO IN CAPITALE.

LA MENOMAZIONE ACCERTATA E' LA SEGUENTE:

esiti di trauma distorsivo colonna cervicale con deficit funzionale di media entità; Esiti di frattura somatica di D12; esiti di frattura 5* costa a dx;

GRADO ACCERTATO: 011% GRADO COMPLESSIVO: 011%

IL PAGAMENTO SARA' EFFETTUATO A MEZZO ACCREDITO IN CONTO CORRENTE COME DA LEI INDICATO

L'IMPORTO CORRISPOSTO A TITOLO DI INDENNIZZO DANNO BIOLOGICO E' COMPRENSIVO DI AUMENTO STRAORDINARIO AI SENSI DEL D.M. 27/03/2009 E D.M. 14/02/2014 E DI RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CAPITALE DA DANNO BIOLOGICO.

AL PRESENTE PROVVEDIMENTO PUO' ESSERE FATTA OPPOSIZIONE RELATIVAMENTE ALLA MENOMAZIONE DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA ALLEGANDO CERTIFICATO MEDICO (ART 104 D.P.R. 1124)

C 3
Danno
biologico

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA AI LAVORATORI

Grazie per l’attenzione

*Marco Crescentini*

PATRONATO INPAL
ISTITUTO NAZIONALE PER
L’ASSISTENZA AI LAVORATORI