



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Form section 1: Personal and employment details including name, fiscal code, birth date, address, profession, and contract type.

Form section 2: Employer details including company name, address, and type of work performed.

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni

Form section 3: Base contributive data including hourly, weekly, and monthly rates.

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form section 4: Dates and periods for which the contributive bases have changed.

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

Form section 5: Additional elements of remuneration such as extraordinary payments, holiday pay, and other benefits.

SOMMA RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LA QUADRATURA AUTOMATICA DEGLI IMPORTI, DEI CAMPI:

Form section 6: Total sum calculation formula and grid.



101A12

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. 1124/65)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

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)

Empty text box for work and substance details

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

Empty text box for safety measures

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 GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA.....

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Shipping Date

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal information section: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., Data di assunzione, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L.

Employer information section: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Table for reporting contributory data: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in contributory bases: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

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

Form for reporting additional elements: Importo straordinario E, Importo festività cadenti di domenica F, Importo prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo diaria trasferita H, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L, Tredicesima mensilità M, oppure, Importo N, oppure, Importo O, oppure, Importo P, Importo R, oppure, Importo S, oppure, Importo T, Accantonamento cassa edile U, Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

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)

Totale generale grid



101A12

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. 1124/65)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

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)

Empty text box for work and substance details

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

Empty text box for safety measures

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 GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE



TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)

Caso N. - Riservato all'INAIL

Grid for Case Number

Data di spedizione - Riservato all'INAIL

Grid for Date of Dispatch

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

All'INAIL di

Personal information section: Cognome, Nome, Codice Fiscale, Nato a, GG, MM, AAAA, Stato di nascita, Cittadinanza, Sesso, Stato civile, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Codice ASL, Telefono, Tipologia di lavoro, Professione o Mestiere, Qualifica, Contratto collettivo naz., Data di assunzione, PERSONE A CARICO, PARENTE DEL D.L.

Employer information section: Posizione assicurativa territoriale, C/C, Cognome e nome o ragione sociale, Codice Ditta, C/C, Codice Fiscale, AZIENDA AGRICOLA, Amministrazione statale, Codice ministero, Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., Cap, Codice ISTAT Comune, Telefono, Località dei lavori, Lavorazione svolta, Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Table for reporting contributory data: Oraria, Ore Sett. A, Giornaliera, Mensile-mensilizzata, Convenzionale, Artigiana, Indicare l'importo B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Form for reporting changes in contributory bases: Importi C, Ore Sett. D, GG, MM, AAAA, al GG, MM, AAAA

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

Form for reporting additional elements: Importo straordinario E, Importo: festività cadenti di domenica F, Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio G, Importo: diaria trasferita H, Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest. ecc. I, Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav. L, Tredicesima mensilità M, Premio di produzione O, Altre mensilità aggiuntive S, Importo N, Importo R, Importo T, Accantonamento cassa edile U, Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie) P

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)

Totale generale grid



101A12

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. 1124/65)

MALATTIA DICHIARATA DAL LAVORATORE

Empty text box for disease declaration

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)

Empty text box for work and substance details

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

Empty text box for safety measures

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 GG MM AAAA GG MM AAAA

DATA

TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE DELLA MALATTIA PROFESSIONALE

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, IN MODO CHIARO, A STAMPATELLO OPPURE A MACCHINA

RIFERIMENTI NORMATIVI - AVVERTENZE

La denuncia di Malattia Professionale deve essere **sempre** presentata alla Sede INAIL competente dal datore di lavoro (indipendentemente da ogni valutazione personale sul caso), entro 5 giorni dalla data in cui ha ricevuto il certificato medico riferito alla malattia stessa.

Detto certificato deve essere allegato alla presente denuncia (art. 53, D.P.R. n. 1124/1965).

Per Sede INAIL competente si intende quella nel cui territorio i lavori sono svolti (salvo una diversa Sede indicata dall'INAIL stesso).

Si ricorda che il LAVORATORE:

- deve informare il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) della malattia professionale contratta entro 15 gg. dal manifestarsi dei primi sintomi per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione (art. 52, D.P.R. 1124/1965).

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di indicazione mancata oppure inesatta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa di euro 25,82 (L. 251/1982, n. 16).

In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 516,46 a euro 1.549,37 (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L. 561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

NOTE

(1) SESSO: M = MASCHIO
F = FEMMINA

(2) STATO CIVILE: 1 = CELIBE/NUBILE
2 = CONIUGATO/A
3 = VEDOVO/A
4 = SEPARATO/A

5 = DIVORZIATO/A
6 = TUTELATO/A
7 = MINORE

TIPOLOGIA DI LAVORO

(3)

(4)

(5) Professione o mestiere

A = Dipendente
B = Autonomo senza dipendenti
C = Autonomo con dipendente
D = Coadiuvante familiare
E = Socio
F = Parasubordinato
G = Lavoratore interinale

1 = Indeterminato a tempo pieno
2 = Indeterminato a tempo parziale
3 = Determinato a tempo pieno
4 = Determinato a tempo parziale
5 = Stagionale
6 = Giornaliero

Indicare la professione principale svolta dal lavoratore:
(ad es. elettricista, macchinista, fresatore, falegname, cassiere, operatore addetto a..., montatore di..., installatore di..., meccanico, operatore di macchine per...)

(6) QUALIFICA

INDUSTRIA, ARTIGIANATO, TERZIARIO, ECC.

AGRICOLTURA

01 = Dirigente	11 = Ricoverato in casa di cura	21 = Piano inserimento professionale
02 = Direttivo-quadro	12 = Religioso/a	22 = Allievo corsi qualificazione
03 = Impiegato o intermedio	13 = Artigiano	23 = Istruttore corsi qualificazione
04 = Operaio specializzato	14 = Esercente attività commerciale	24 = Studente
05 = Operaio comune	15 = Apprendista artigiano	25 = Sportivo professionista
06 = Sovrintendente	16 = Apprendista non artigiano	26 = Addetto a lavoro socialmente utile
07 = Lavoratore a domicilio	17 = Tirocinante	
08 = Viaggiatore - piazzista	18 = Contratto formazione lavoro	
09 = Medico radiologo	19 = Borsista	
10 = Detenuto	20 = Stagista	99 = Altro (indicare in chiaro)

01 = Operaio specializzato super	12 = Moglie/figli del proprietario
02 = Operaio specializzato	13 = Parenti vari del proprietario
03 = Operaio qualificato	14 = Moglie/figli del coltivatore diretto
04 = Operaio comune	15 = Parenti vari del coltivatore diretto
05 = Proprietario non coltivatore diretto	16 = Moglie/figli del mezzadro
06 = Proprietario coltivatore diretto	17 = Parenti vari del mezzadro
07 = Mezzadro	18 = Moglie/figli dell'affittuario
08 = Affittuario	19 = Parenti vari dell'affittuario
09 = Sovrastante azienda agricola	20 = Moglie/figli del partecipante
10 = Socio cooperativa agricola	21 = Parenti vari del partecipante
11 = Partecipante non dipendente	22 = Moglie/figli partecipanti all'impresa
	99 = Altro (indicare in chiaro)

(7) Solo per le Aziende Agricole

Indicare: SEMINATIVI (compresi arborati, risaie, orti e giardini); COLTURE LEGNOSE SPECIALIZZATE (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); COLTURE FORAGGERE ARTIFICIALI - PRATI E PASCOLI - ALLEVAMENTI DI ANIMALI - BOSCHI - INCOLTI - ATTIVITA' NON DIRETTAMENTE RIFERIBILI A SPECIFICHE COLTURE.

(8) DATI RETRIBUTIVI

ESEMPIO DI COMPILAZIONE DELL'IMPORTO IN EURO

Esempio: EURO 134,43

							1	3	4
--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

 ,

4	3
---	---

(9) Solo per le Aziende Agricole

Descrivere la lavorazione svolta dal lavoratore che si presume sia stata la causa dell'insorgenza della Malattia Professionale. In caso di dubbio, indicare tutte le lavorazioni svolte (ad es.: irrogazione con anticrittogamici del vigneto, custodia e rigoverno degli animali, raccolta e conservazione di foraggi, taglio e trasporto del legname, carbonizzazione della legna, ecc.).

LA DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE ALL'INAIL

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo di denuncia di malattia professionale mod. 101 – Prest., è composto da tre copie uguali a ricalco, tutte contraddistinte, in basso a sinistra di "pagina 2", dalle lettere A, B e C, che ne individuano anche le specifiche destinazioni d'uso.

Il numero di ciascuna delle due pagine di cui si compone il modulo è riportato in un piccolo settore riquadrato posto in basso a destra di ogni foglio.

Le prime due copie del modulo (A e B) vanno inviate all'INAIL, che le utilizza rispettivamente per l'istruttoria della pratica e per la trasmissione alla ASL territorialmente competente, mentre la terza copia (C) va trattenuta da parte del datore di lavoro dichiarante per sua documentazione.

Il modulo 101 - Prest. si completa riportando, a tergo della sola terza e ultima copia (C), una ulteriore pagina che contiene istruzioni per la compilazione, riferimenti normativi, avvertenze, e una serie di tabelle di codifica di alcuni dati da inserire nella denuncia, analoghe a quelle già in uso per la denuncia di infortunio.

Il mod. 101 - Prest. è composto da un'intestazione e da quattro distinte Sezioni, che si sviluppano in verticale e sono individuate e denominate con una scritta verticale sul margine sinistro del foglio.

Le Sezioni del modulo, di dimensioni diverse, sono destinate ciascuna a contenere particolari tipologie di dati e di informazioni, tutte obbligatorie e necessarie per l'avvio, quanto più corretto e completo possibile, della complessa istruttoria della pratica di malattia professionale.

The form layout includes the following elements:

- INAIL** logo
- Barcode
- Code: **101A11**
- Text: **Mod. 101 - Prest.**
- Vertical label: **INAIL**
- Table for "Caso N. - Riservato all'INAIL" (10 columns)
- Table for "Data di spedizione - Riservato all'INAIL" (2 columns for day/month, 4 for day/month/year)
- Box: **TIMBRO DI ARRIVO (Riservato all'INAIL)**
- Title: **DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE**
- Text: **All'INAIL di**

L'intestazione riporta, in alto a sinistra, il logo INAIL e sulla stessa riga, al centro, un codice a barre che contiene informazioni che servono per agevolare la scansione del modulo, quali il codice "101A11", riportato sotto anche in chiaro, che identifica la "pagina 1" del modulo e, appena a destra, il numero progressivo del modulo. Il tutto serve per poter rimettere correttamente assieme le pagine della medesima denuncia, dopo che sono state necessariamente staccate per essere sottoposte alla scansione. In alto a destra c'è la sigla identificativa del modulo: "Mod. 101 - Prest."

Nelle righe successive il modulo reca a sinistra una piccola sezione, intestata "INAIL" nella scritta verticale su sfondo rosso, che contiene:

- caso N. - Riservato all'INAIL

dove, nel settore quadrettato, l'Istituto riporterà il numero che sarà assegnato alla pratica che sarà aperta per la gestione della malattia professionale

- Data di spedizione - Riservato all'INAIL

dove, nelle apposite caselle, l'Istituto indicherà, nel formato GG/MM/AAAA, la data di spedizione della denuncia cartacea da parte del datore di lavoro.

Spostato sulla destra, c'è poi un ampio riquadro intestato "Timbro di arrivo (Riservato all'INAIL)" che serve all'Istituto per apporvi il timbro che attesta la data di pervenimento della denuncia, quando è cartacea.

- 3 = vedovo/a
- 4 = separato/a
- 5 = divorziato/a
- 6 = tutelato/a
- 7 = minore;

- Indirizzo

riportare il toponimo (via, viale, piazza, ecc.) e, di seguito senza abbreviazioni, l'esatta denominazione della strada dov'è il domicilio del lavoratore affetto da malattia professionale;

- N. civico

indicare il numero civico di domicilio del lavoratore affetto da malattia professionale.

Se non c'è numero civico indicare "sn";

- Comune

riportare per esteso il nome del Comune di domicilio del lavoratore affetto da malattia professionale;

- Prov.

indicare la sigla della Provincia di domicilio del lavoratore affetto da malattia professionale;

- CAP

riportare il codice di avviamento postale del Comune di domicilio del lavoratore affetto da malattia professionale;

- Codice ISTAT Comune

indicare, se conosciuto, il codice Istat del Comune di domicilio del lavoratore tecnopatico, che serve a generare, in automatico, la denominazione del Comune in formato standard, la Provincia e il codice della ASL territorialmente competente;

- Codice ASL

riportare, se conosciuto, il codice dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente per la residenza del lavoratore affetto da malattia professionale;

- Telefono

indicare il numero telefonico del lavoratore affetto da malattia professionale completo di prefisso, allo scopo di facilitare e accelerare le comunicazioni;

- Tipologia di lavoro

nella prima casella, contraddistinta da "(3)", riportare il tipo di rapporto esistente tra il lavoratore tecnopatico e l'azienda assicurante, secondo la seguente codifica:

A = dipendente

B = autonomo senza dipendenti

C = autonomo con dipendenti

D = coadiuvante familiare

E = socio

F = parasubordinato

G = lavoratore interinale (somministrato)

nella seconda casella, contraddistinta da "(4)", indicare le modalità di svolgimento del rapporto di lavoro esistente tra il lavoratore affetto da malattia professionale e l'azienda assicurante, secondo la seguente, ulteriore codifica:

1 = indeterminato a tempo pieno

2 = indeterminato a tempo parziale

3 = determinato a tempo pieno

4 = determinato a tempo parziale

5 = stagionale

6 = giornaliero

- Professione o mestiere

indicare per esteso nell'apposito riquadro la professione o il mestiere principale svolto dal lavoratore affetto da malattia professionale. Ad esempio: elettricista; macchinista; fresatore; falegname; cassiere; operatore addetto a ...; montatore di ...; installatore di ...; meccanico; operatore di macchine per ...; ecc.;

- Qualifica

riportare la qualifica rivestita dal lavoratore affetto da malattia professionale secondo la codifica di cui all'apposita tabella delle Qualifiche, oppure, se non dovesse essere previsto il caso, indicare nel campo "99" e specificare in chiaro nel riquadro accanto di quale qualifica si tratta;

- Contratto collettivo naz .

indicare il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) di categoria applicato per il lavoratore affetto da malattia professionale;

- Persone a carico

barrare una delle caselle (SI/NO) a seconda che il lavoratore tecnopatico abbia o meno familiari a carico;

- Parente del D.L.

barrare una delle caselle (SI/NO) a seconda che il lavoratore affetto da malattia professionale sia o meno parente del datore di lavoro assicurante;

- Data di assunzione GG-MM-AAAA

riportare nelle apposite caselle e nel formato giorno/mese/anno la data di assunzione del lavoratore affetto da malattia professionale presso l'azienda datrice di lavoro dichiarante.

SEZIONE 2 - DATORE DI LAVORO

Posizione assicurativa territoriale	C/C	Cognome e nome o ragione sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Ditta	C/C	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AZIENDA AGRICOLA	Amministrazione statale	Codice ministero
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo (via, piazza, ecc.)		N. civico
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Comune		Prov. Cap.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Codice ISTAT Comune	Telefono (Prefisso/Numero)	Località dei lavori
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavorazione svolta (azienda agricola vedi nota 7)	Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

La seconda sezione del mod. 101 - Prest. è riservata all'indicazione, negli appositi campi quadrettati, di una serie di informazioni che servono per la corretta identificazione dell'azienda assicurante, sia dal punto di vista anagrafico che assicurativo INAIL. Tali notizie nel dettaglio sono:

- Posizione Assicurativa Territoriale

indicare il numero della posizione assicurativa territoriale (P.A.T.) che l'azienda assicurante ha in corso presso l'INAIL e con la quale è assicurato il lavoratore tecnopatico;

- C.C.

riportare il codice di controllo della posizione assicurativa territoriale (P.A.T.), che serve a verificarne l'esatta indicazione;

- Cognome e nome o ragione sociale

a seconda che l'azienda assicurante sia una ditta individuale o meno, indicare in questo campo rispettivamente il cognome e nome del titolare dell'azienda (se individuale), oppure, in tutti gli altri casi, riportare per esteso l'esatta ragione sociale aziendale;

- Codice ditta

indicare il codice ditta assegnato dall'INAIL all'azienda assicurante;

- C.C.

riportare il codice di controllo del codice ditta, che serve a verificarne l'esatta indicazione;

- Codice fiscale

indicare il codice fiscale dell'azienda assicurante: alfanumerico da 16 caratteri per le ditte individuali, e numerico da 11 cifre in tutti gli altri casi;

- Azienda agricola

barrare una delle caselle (SI/NO) a seconda che l'azienda assicurante sia un'impresa agricola o meno;

- Amministrazione statale

nel caso la malattia professionale riguardi un dipendente dell'amministrazione centrale e periferica dello Stato (cosiddetta "gestione per conto"), indicare di quale Amministrazione statale si tratta;

- Codice ministero

per le malattie professionali che colpiscono i dipendenti dell'amministrazione centrale e periferica dello Stato (cosiddetta "gestione per conto"), indicare il codice del Ministero interessato;

- Indirizzo

riportare il toponimo (via, viale, piazza, ecc.) e, di seguito senza abbreviazioni, l'esatta denominazione della strada dov'è la sede legale della ditta assicurante;

- N. civico

indicare il numero civico della sede legale della ditta assicurante; se non c'è numero civico indicare "sn";

- Comune

riportare per esteso il nome del Comune dov'è la sede legale della ditta assicurante;

- Prov.

indicare la sigla della Provincia dov'è la sede legale della ditta assicurante;

- CAP

riportare il codice di avviamento postale del Comune dov'è la sede legale della ditta assicurante;

- Codice ISTAT Comune

indicare, se conosciuto, il codice Istat del Comune dov'è la sede legale della ditta assicurante. Il codice serve a generare, in automatico, la denominazione del Comune in formato standard, la Provincia e il codice della ASL territorialmente competente;

- Telefono

riportare il numero telefonico della ditta assicurante, completo di prefisso, allo scopo di facilitare e accelerare le comunicazioni;

- Località dei lavori

indicare la località dov'è ubicato l'insediamento produttivo fisso (stabilimento, officina, ecc.), oppure il cantiere temporaneo presso cui l'azienda assicurante svolge la sua attività;

- Lavorazione svolta

descrivere brevemente l'attività svolta dall'azienda assicurante. Nel caso di azienda agricola indicare se si tratta di: seminativi (compresi arborati, risaie, orti e giardini); colture legnose specializzate (frutteti, agrumeti, vigneti, oliveti, ecc.); colture foraggere artificiali; prati e pascoli; allevamenti di animali; boschi, incolti, attività non direttamente riferibili a specifiche colture.

- Reparto o cantiere in cui la lavorazione è stata svolta

specificare la zona esatta dello stabilimento (il capannone, il reparto, ecc.), oppure il cantiere dove si stava svolgendo l'attività aziendale a causa della quale è stata contratta la malattia professionale.

SEZIONE 3 - DATI RETRIBUTIVI

DATI RETRIBUTIVI OCCORRENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA ESPOSTI AL LORDO (8) vedi istruzioni
 LA RETRIBUZIONE (PAGA BASE + CONTINGENZA + SCATTI ANZIANITA', ECC.) E' COMPUTATA SU BASE:

Oraria Ore Sett. A Giornaliera Mensile-mensilizzata Convenzionale Artigiana Indicare l'importo , B

LE BASI RETRIBUTIVE SONO CAMBIATE NEI 15 GG. PRECEDENTI LA DATA DELL'INFORTUNIO? SE LA RISPOSTA E' SI, COMPILI LA RIGA SOTTOSTANTE

Importi , C Ore Sett. D GG MM AAAA dal / / al / / GG MM AAAA

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

Importo: straordinario , E Importo: festività lavorate di domenica , F Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio , G

Importo: diaria trasferta , H Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. nat., fest. ecc. , I Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. o lav. , L

Tredicesima mensilità in % M oppure Importo , N in % oppure Giorni P

Premio di produzione in % O oppure Importo , R Ferie (comprenditive di festività e riposi compens. trasform. in ferie)

Altre mensilità aggiuntive in % S oppure Importo , T Accantonamento cassa edile in % U

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) ,

Totale generale ,

La terza sezione del mod. 101 - Prest. è riservata all'indicazione, negli appositi campi quadrettati, di una serie di dati riguardanti la retribuzione del lavoratore, che l'INAIL utilizzerà per il calcolo della retribuzione media giornaliera sulla base della quale liquiderà poi le eventuali prestazioni assicurative di carattere economico, se dovute.

Le retribuzioni da riportare sono da riferire a quanto il lavoratore ammalato ha percepito nei 15 giorni precedenti quello in cui si è completamente assentato per la prima volta dal lavoro a causa della malattia. Se però la malattia si è manifestata dopo che il lavoratore aveva già in precedenza abbandonato la lavorazione morbigena, i dati salariali da indicare devono invece essere quelli riferiti ai 15 giorni precedenti la data dell'abbandono dell'attività nociva.

Devono essere indicati soltanto gli emolumenti corrisposti dal datore di lavoro e che sono a suo carico, non vanno indicati quelli che invece sono a carico delle varie gestioni previdenziali (ad esempio: assegni familiari, ecc.).

Per gli apprendisti, ai quali le prestazioni economiche vengono comunque liquidate ai sensi dell'art. 119 del D.P.R. n. 1124/1965, indicare nel prospetto sempre le retribuzioni effettivamente percepite.

I dati retributivi sono da esporre sempre al lordo di qualsiasi ritenuta, arrotondati all'euro intero, nei campi quadrettati prima e dopo la virgola a tal fine appositamente predisposti. L'esposizione inizia con l'indicazione della periodicità di calcolo e/o di erogazione della retribuzione, che dovrà essere costituita da paga base, contingenza, scatti d'anzianità, ecc., barrando una delle apposite caselle, a seconda che si tratti di retribuzione:

- Oraria
se ricorre il caso barrare la casella e indicare, nell'altro campo intestato
- Ore sett.
contraddistinto dalla lettera 'A', il numero delle ore settimanali ordinarie svolte dal lavoratore tecnopatico. Nell'ultimo campo della riga, denominato
- Indicarne l'importo
contraddistinto dalla lettera 'B', riportare l'ammontare della retribuzione oraria, con esclusione degli emolumenti aggiuntivi su base annua (tredicesima, premio di produzione, ecc.);
- Giornaliera
se ricorre il caso barrare la casella e indicare, nell'ultimo campo della riga, denominato
- Indicarne l'importo

contraddistinto dalla lettera 'B', l'ammontare della retribuzione giornaliera, con esclusione degli emolumenti aggiuntivi su base annua (tredicesima, premio di produzione, ecc.);

- Mensile - mensilizzata;

se ricorre il caso barrare la casella e indicare, nell'ultimo campo della riga, denominato

- Indicarne l'importo

contraddistinto dalla lettera 'B', l'ammontare della retribuzione mensile o mensilizzata, con esclusione degli emolumenti aggiuntivi su base annua (tredicesima, premio di produzione, ecc.);

- Convenzionale

se il lavoratore affetto da malattia professionale non è artigiano, ma è uno dei soggetti comunque assicurati all'INAIL con una retribuzione convenzionale (dirigenti, soci non artigiani, familiari coadiuvanti di aziende non artigiane, ecc.), barrare la casella indicando, nell'ultimo campo della riga, denominato

- Indicarne l'importo

contraddistinto dalla lettera 'B', l'ammontare della retribuzione convenzionale in vigore;

- Artigiana

se il lavoratore affetto da malattia professionale è un componente del c.d. nucleo artigiano (titolare, familiare coadiuvante o socio), barrare la casella indicando, nell'ultimo campo della riga, denominato

- Indicarne l'importo

contraddistinto dalla lettera 'B', l'ammontare della retribuzione convenzionale in vigore.

Tutti i campi della riga successiva della sezione, che sono sotto l'intestazione: "Le basi retributive sono cambiate nei 15 gg. precedenti la data ..." vanno compilati soltanto nell'ipotesi in cui le basi retributive siano cambiate nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della malattia professionale (per rinnovo contrattuale, cambio di orario di lavoro, ecc.). Se ciò non è accaduto tutti i campi della riga vanno invece lasciati in bianco:

- Importi

nel campo contraddistinto dalla lettera 'C' riportare il nuovo ammontare della retribuzione oraria, giornaliera, mensile, mensilizzata, convenzionale o artigiana;

- Ore sett.

nel campo contraddistinto dalla lettera 'D' indicare il nuovo numero delle ore settimanali ordinarie svolte dal lavoratore affetto da malattia professionale;

- dal

riportare, nel formato "GG/MM/AAAA", la data di decorrenza della variazione dei dati retributivi e/o dell'orario di lavoro settimanale;

- al

riportare, nel formato "GG/MM/AAAA", la data di termine della variazione dei dati retributivi e/o dell'orario di lavoro settimanale.

Nelle righe successive della sezione, che sono sotto l'intestazione: "Elementi aggiuntivi della retribuzione riferiti ai 15 giorni precedenti la data ...", vanno esposti gli ulteriori elementi aggiuntivi della retribuzione, sempre relativi ai quindici giorni precedenti la data di manifestazione della malattia professionale, utili per determinare la retribuzione media giornaliera:

- Importo: straordinario

nel campo contraddistinto dalla lettera 'E' riportare quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di compenso per lavoro straordinario prestatato;

- Importo: festività cadenti di domenica

nel campo contraddistinto dalla lettera 'F' indicare quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di compenso per festività lavorate di domenica;

- Importo: prestazioni in natura vitto e alloggio

nel campo contraddistinto dalla lettera 'G' riportare il controvalore di quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di prestazioni in natura per vitto e/o alloggio;

- Importo: diaria trasferta

nel campo contraddistinto dalla lettera 'H' indicare quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di diarie e/o trasferte;

- Importo: somma in. e magg. per mensa, trasp., lav. not., fest., ecc.

nel campo contraddistinto dalla lettera 'I' riportare quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di indennità e/o maggiorazione per mensa, trasporto, lavoro notturno, festivo, ecc.;

- Importo: fest. soppr. non trasf. in ferie riposi com. e lav.

nel campo contraddistinto dalla lettera 'L' indicare quanto eventualmente percepito dal lavoratore affetto da malattia professionale nei quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia a titolo di festività soppresse non trasformate in ferie, riposi compensativi lavorati, ecc.

Nelle righe sottostanti, come indicato dalla scritta in verticale sul margine sinistro del modulo, vanno esposti gli ulteriori elementi aggiuntivi della retribuzione erogati su base annua. Il mod. 101 - Prest. offre al datore di lavoro la possibilità di indicare, per ciascuna voce retributiva ad eccezione dell'accantonamento alla cassa edile, sia il valore percentuale (ciascun campo percentuale prevede l'indicazione di due cifre intere e di due decimali dopo la virgola), che il valore assoluto in euro (importo):

- Tredicesima mensilità in %

nel campo contraddistinto dalla lettera 'M' riportare la percentuale di incidenza della tredicesima mensilità sui quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia, oppure

- Importo

riportare nel campo contraddistinto dalla lettera 'N' l'importo complessivo percepito annualmente dal lavoratore affetto da malattia professionale a titolo di tredicesima mensilità;

- Ferie (comprehensive di festività e riposi compens. trasform. in ferie) in %

nel campo contraddistinto dalla lettera 'O' riportare la percentuale di incidenza delle ferie, comprehensive delle festività e dei riposi compensativi trasformati in ferie, sui quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia, oppure

- Giorni

riportare nel campo contraddistinto dalla lettera 'P', il numero dei giorni annualmente riconosciuti al lavoratore affetto da malattia professionale a titolo di ferie, comprese le festività e i riposi compensativi trasformati in ferie;

- Premio di produzione in %

nel campo contraddistinto dalla lettera 'Q' riportare la percentuale di incidenza del premio di produzione sui quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia, oppure

- Importo

riportare nel campo contraddistinto dalla lettera 'R' l'importo complessivo percepito annualmente dal lavoratore affetto da malattia professionale a titolo di premio di produzione;

- Altre mensilità aggiuntive in %

nel campo contraddistinto dalla lettera 'S' riportare la percentuale di incidenza delle eventuali altre mensilità aggiuntive sui quindici giorni precedenti la data di manifestazione della tecnopatia, oppure

- Importo

riportare nel campo contraddistinto dalla lettera 'T' l'importo complessivo percepito annualmente dal lavoratore affetto da malattia professionale a titolo di altre mensilità aggiuntive;

- Accantonamento cassa edile in %

nel campo contraddistinto dalla lettera 'U' riportare, esclusivamente in percentuale, l'eventuale accantonamento alla cassa edile.

L'ultima riga della sezione, e della prima pagina del mod. 101 - Prest., è riservata all'indicazione del "Totale generale" di tutte le cifre esposte in precedenza, nei campi contrassegnati dalle lettere dalla 'A' alla 'U'. A tal fine andranno quindi sommati, oltre che gli importi, anche le percentuali (da considerare sempre come numeri interi: per esempio 8,33 vale 833), i giorni, ecc. Questa somma non ha alcun valore e nessun rilievo operativo, se non quello di consentire il controllo e l'automatica quadratura all'atto della scansione del modulo.

La prima pagina del modulo termina, come accennato in premessa, con l'indicazione, a destra, in un piccolo settore riquadrato su sfondo bianco, del numero della pagina del modulo che è: "Pagina 1".



101A12

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. 1124/65)

La seconda pagina del mod. 101 - Prest. riporta in alto, al centro, il codice a barre che, come per la "pagina 1", contiene le informazioni che servono per agevolare la scansione e il riconoscimento ottico dei dati, tra cui il codice "101A12", che è riportato sotto anche in chiaro, e identifica proprio la "pagina 2" del modello, e il numero progressivo del modulo che, ovviamente, è lo stesso già indicato nella prima pagina del modulo.

Nelle righe successive il datore di lavoro ha la possibilità di scegliere la forma di pagamento dell'indennità per inabilità temporanea assoluta eventualmente spettante al lavoratore affetto da malattia professionale, tra tre diverse modalità riportate sotto l'intestazione: "La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata":

- Al lavoratore presso il proprio domicilio

barrare la casella se si desidera che gli assegni vengano emessi intestati al lavoratore affetto da malattia professionale ed inviati direttamente al suo domicilio privato. In questi casi l'INAIL fa da sostituto d'imposta e provvede ad operare le ritenute fiscali (ex IRPEF) sulle somme erogate;

- Al lavoratore presso la sede dell'impresa

barrare la casella se si desidera che gli assegni vengano emessi intestati al lavoratore affetto da malattia professionale, ma "localizzati" (cioè domiciliati, recapitati, spediti) presso la sede dell'azienda per eventuali controlli e la successiva consegna al dipendente affetto da malattia professionale. Anche in questi casi l'INAIL fa da sostituto d'imposta e provvede ad operare le ritenute fiscali (ex IRPEF) sulle somme erogate. Per ottenere l'adozione di questa forma di pagamento non basta però barrare la casella sul modulo di denuncia di malattia professionale (mod. 101 - Prest.), ma è necessario chiedere preventivamente, con apposita istanza, l'autorizzazione dell'INAIL che, una volta ottenuta, sarà valida per tutti gli eventi che accadranno da quel momento in avanti, e fino a revoca;

- Al datore di lavoro (art. 70 DPR n. 1124/1965)

barrare la casella se l'azienda, perché previsto dal CCNL di categoria, anticipa ugualmente la retribuzione ai lavoratori anche nei periodi d'infortunio e malattia professionale, e vuole quindi che gli assegni arrivino in azienda, intestati all'azienda stessa, per il recupero delle somme anticipate. In questi casi l'INAIL non fa da sostituto d'imposta e non opera le ritenute fiscali (ex IRPEF) sulle somme erogate, lasciando tale

compito al datore di lavoro, che peraltro già vi provvede con riferimento alla normale retribuzione. Anche per ottenere l'adozione di questa forma di pagamento non basta barrare la casella sul modulo di denuncia di malattia professionale (mod. 101 - Prest.), ma è necessario chiedere preventivamente, con apposita istanza, l'autorizzazione dell'INAIL che, una volta ottenuta, sarà valida per tutti gli eventi che si verificheranno da quel momento in avanti, e fino a revoca.

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

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE

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 GG / MM / AAAA GG / MM / AAAA

La quarta e ultima sezione del mod. 101 - Prest. È una sorta di questionario completamente riservato alle specifiche informazioni relative alla malattia professionale accusata dal lavoratore, e inizia proprio con:

- malattia dichiarata dal lavoratore
nello spazio riquadrato indicare la malattia così come è stata clinicamente diagnosticata. Può ovviamente trattarsi sia di una malattia tabellata, che di una non tabellata (vedi in proposito i paragrafi " Le malattie tabellate" e " Le malattie non tabellate", nonché le relative tabelle).

- data in cui ha segnalato la malattia al datore di lavoro

riportare nelle apposite caselle e nel formato GG/MM/AAAA la data in cui il lavoratore ha denunciato la malattia al datore di lavoro, in ottemperanza all'obbligo impostogli dall'art 52 del D.P.R. n. 1124/1965, di informare il datore di lavoro entro 15 giorni decorrenti dalla data di manifestazione della tecnopatia. Questa data rappresenta anche il termine iniziale dei 5 giorni che il datore di lavoro, ai sensi dell'art. 53 del D.P.R. n. 1124/1965, ha a disposizione per spedire o presentare, alla Sede INAIL competente per la località dove il lavoratore tecnopatico ha stabilito il proprio domicilio ai sensi del 1° comma, art. 43 c.c., la denuncia cartacea di malattia professionale (mod. 101 - Prest.) debitamente compilata, firmata e con allegata la certificazione medica.

- primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia

da compilare soltanto nel caso che le conseguenze fisiche della malattia abbiano costretto il tecnopatico ad abbandonare il lavoro. Questa data, da riportare nel formato GG/MM/AAAA, rappresenta quindi il primo giorno in cui il lavoratore è stato completamente assente dal lavoro a causa della tecnopatia.

- lavorazione e sostanza che avrebbero determinato la malattia

nelle due righe riquadrate sottostanti, riportare la specifica lavorazione, la particolare attività, e/o la precisa sostanza o il materiale che si ritiene abbia provocato l'insorgere della malattia professionale. Nel caso di aziende agricole descrivere la lavorazione svolta dal lavoratore che si presume sia stata la causa dell'insorgere della malattia professionale e, in caso di dubbio, indicare tutte le lavorazioni svolte (ad esempio: irrogazione con anticrittogamici del vigneto, custodia e rigoverno degli animali, raccolta e conservazione di foraggi, taglio e trasporto del legname, carbonizzazione della legna, ecc.).

- Periodo di esposizione

nelle due righe successive, predisposte con sviluppo in verticale di tre distinti periodi, individuati dalle indicazioni "dal" " al", riportare nel formato GG/MM/AAAA il/i periodo/i nel/i quale/i il lavoratore è stato adibito alla/e lavorazione/i indicata/e nel campo precedente e individuata/e come morbigena/e.

- Ultimo giorno di esposizione

indicare nel formato GG/MM/AAAA l'ultimo giorno in cui il lavoratore tecnopatico è stato esposto al rischio della/e lavorazione/i ritenuta/e morbigena/e.

- Era adibito direttamente alla lavorazione?

barrare una delle due caselle SI/NO a seconda che il lavoratore sia stato o meno addetto, in modo personale e diretto alla/e lavorazione/i ritenuta/e morbigena/e.

- In quale ambiente lavorava?

barrare la casella interessata a seconda l'attività lavorativa ritenuta morbigena veniva svolta all'aperto o al chiuso, in ambiente aerato, insonorizzato, oppure in galleria.

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

indicare, nell'apposito riquadro intestato "Ore", il numero delle ore giornaliere, nell'ambito dell'orario di lavoro, durante le quali il lavoratore ammalato rimaneva esposto al rischio della/e lavorazione/i ritenuta/e morbigena/e.

- In che modo?

barrare la casella interessata a seconda che l'esposizione al rischio della/e lavorazione/i ritenuta/e morbigena/e, indicata/e nei campi precedenti, avveniva in modo "Continuativo" oppure "Non continuativo".

- Misure di sicurezza e prevenzione adottate

nelle tre righe riquadrate sottostanti, descrivere brevemente le misure adottate dal datore di lavoro per la sicurezza dei luoghi di lavoro e per prevenire il verificarsi delle malattie professionali

- Il lavoratore era stato sottoposto a visita medica al momento dell'assunzione?

barrare una delle due caselle SI/NO a seconda che il lavoratore ammalato sia stato o meno sottoposto prima dell'assunzione alle visite mediche previste dalla legge. Le visite mediche preventive e periodiche, di cui al D.P.R. n. 303/1956 e all'abrogato D.Lgs. n. 626/1994, così come sostituito dal D.Lgs. n. 81/2008 sono obbligatorie per tutte le lavorazioni indicate nell'apposita tabella di cui al D.M. 14 gennaio 2008. Invece, per altre lavorazioni che espongono ad amianto, silice, piombo, rumore, agenti cancerogeni e biologici, l'obbligo delle visite mediche è previsto dallo stesso D.Lgs. di cui sopra, nonché da altre norme specifiche.

- Se sì, chi lo ha visitato?

soltanto nel caso di risposta affermativa alla domanda precedente, indicare, nel campo riquadrato sottostante, il nome e l'ubicazione dell'ospedale, della clinica, della struttura sanitaria, del medico, ecc., che ha eseguito le visite.

- E' stato istituito il libretto sanitario?

barrare una delle due caselle SI/NO a seconda che per il lavoratore ammalato sia stato o meno istituito il previsto libretto sanitario.

- Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore ed accertati con visite precedenti (periodiche, o di altro genere?).

barrare una delle due caselle SI/NO a seconda che il datore di lavoratore sia o meno a conoscenza di eventuali stati morbosi pregressi, accusati dal lavoratore ammalato e accertati nel corso di visite mediche di controllo precedentemente eseguite.

- Se sì, chi lo ha visitato?

soltanto nel caso di risposta affermativa alla domanda precedente, indicare, nel campo riquadrato sottostante, il nome e l'ubicazione dell'ospedale, della clinica, della struttura sanitaria, del medico, ecc., che ha eseguito le visite.

- In quali date sono state eseguite le visite?

nelle due righe successive, che prevedono quattro possibili date, indicare, nel formato GG/MM/AAAA, i giorni in cui sono state eseguite le eventuali visite mediche citate nelle righe precedenti.

DATA

TIMBRO E FIRMA

Copia A - da inviare all'INAIL - TIP. INAIL - 3/2002

PAGINA 2

La parte conclusiva del mod. 101 - Prest. riporta, a sinistra, uno spazio denominato "Data", destinato all'indicazione della data di compilazione, e a destra, un altro spazio denominato "Timbro e Firma", destinato all'apposizione dell'eventuale timbro dell'azienda dichiarante e della sottoscrizione del legale rappresentante aziendale.

Il modulo termina, come accennato in premessa, con l'indicazione, a sinistra, della scritta "copia A" (B oppure C) e, di fianco, la specifica destinazione di ogni foglio, che è rispettivamente: "da inviare all'INAIL", oppure " da inviare all'INAIL per la ASL", ovvero "per il datore di lavoro"; mentre a destra, in un piccolo settore riquadrato su sfondo bianco, è riportato il numero della pagina del modulo: "Pagina 2".