

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Primo

Numero protocollo certificato

E.INAIL.13100.0119

Identificativo certificato

118578

Utente

Data e ora invio

28/10/2022 19:42:44

Origine

PDD

ANAGRAFICA LAVORATORE

Cognome

Nome

Codice fiscale

Nazione di nascita

Cittadinanza

Sesso

☐

Data di nascita

Comune di nascita

Provincia

Cod. Istat

DATI RESIDENZA

Indirizzo di residenza (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

DATI DOMICILIO

Indirizzo di domicilio (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

DATI DOMICILIO SCELTO PER LE CURE DURANTE IL PERIODO DI PROGNOSI INDICATA NEL CERTIFICATO

Indirizzo di domicilio scelto per le cure (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Presso

Nazione

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

Telefono abitazione

Telefono cellulare

Indirizzo email

Indirizzo PEC

RAPPORTO DI LAVORO

Cognome e nome o ragione sociale del datore di lavoro

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Provincia

CAP

Cod. Istat

ASL

Attività lavorativa svolta dal lavoratore (mansione)