

**CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO**Primo **Numero protocollo certificato**

E.INAIL.13100.0119

**Identificativo certificato**

1185780

**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)**