



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



Certificazioni in corso di sostituzione di MMG e PLS

Dott.ssa Letizia Angeli

LE CERTIFICAZIONI

ART. 37 ACN 2005 – SOSTITUZIONI

4- Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituto, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo.

ART. 24 CODICE DEONTOLOGICO – CERTIFICAZIONE

Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

- In base alla **Legge 98 del 9 agosto 2013** , è abolita la redazione dei certificati per attività ludico motoria amatoriale e dei conseguenti accertamenti diagnostici richiesti dalla normativa abrogata.
- Rimane l'obbligo della certificazione per l'attività sportiva non agonistica che si intende solo riferita alle attività sportive parascolastiche e a quelle appartenenti a Federazioni nazionali sportive che fanno capo al Coni.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Chi deve fare il certificato

- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione
- coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti)
- chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Quali sono i **medici certificatori**

- il medico di medicina generale per i propri assistiti
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti
- il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano

Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Quali esami clinici sono necessari

- Per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con **misurazione della pressione** e di un **elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita.**
- Per chi ha **superato i 60 anni** di età associati ad **altri fattori di rischio** cardiovascolare, è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente**
- Anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno **patologie croniche conclamate** che comportano un aumento del rischio cardiovascolare è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente.**
- Il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o il consulto di uno specialista

Gli esami eseguiti non sono a carico del SSN, ad eccezione dei minori di 18 anni e dei disabili di ogni età con esenzione I01.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite.

Per i MMG ed i PLS, l'obbligo di conservazione dei documenti può essere assolto anche dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria informatizzata individuale.

Quando fare i controlli e quanto dura il certificato

- Il controllo deve essere annuale
- Il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio

Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Sig/Sig.ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ li, _____

CERTIFICATO DI ATTIVITA' LUDICO MOTORIA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto,
ne' riferisce controindicazioni anamnestiche, alla pratica ludico motoria.

Il presente certificato ha validita' di mesi dodici dalla data del rilascio
salvo la comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire a
mancare la suddetta idoneità.

In fede

CERTIFICATO DI GUARIGIONE E RIAMMISSIONE A SCUOLA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

_____ li / /20

il Sig.
nato a
residente in

il / /

SI CERTIFICA CHE

sulla base della visita medica e effettuata riprendere a frequentare
la scuola non essendo affetta da malattia infettiva e/o diffusiva dal giorno

/ /20 .

In fede

CERTIFICATO DI ESONERO DA EDUCAZIONE FISICA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

Alla gentile attenzione del Sig. Preside
Alla gentile attenzione dell'Insegnante di Educazione Fisica

Per
nato a il / /
residente in

che frequenta il Vostro Istituto richiedo l'esonero da ogni attività
sportiva, e quindi anche dalle lezioni scolastiche di Educazione
Fisica per _____ (___ giorni o tutto il periodo scolastico)
in quanto l'alunno o risulta affetto da:

In fede



LA
g

C
E
R
T
I
F
I
C
A
T
O

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale - n. 273

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE.

(Da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 23.12.1978 - Istituzione del S.S.N.)

COGNOME - NOME: UNITA' SANITARIA LOCALE N.

nato a il REGIONE Emilia Romagna

PROFESSIONE: Codice fiscale:

A) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altre			
B) TURBE PSICHICHE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalit.			
C) SOSTANZE PSICOATTIVE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (3)			
Uso di sostanze psicotrope (3)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope (3)			

Il sottoscritto afferma di avere fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

li, / /20

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

sieme al
pedale



P
O
R
T
O
D
,
A
R
M
I

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: CONTINUAZIONE

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata non risulta ancora clinicamente guarito in quanto presenta ancora:

conseguenza del riferito infortunio verificatosi il

Prognosi clinica di ulteriori giorni: s.c.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

CERTIFICATO PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: GUARIGIONE/GUARIGIONE CON POSTUMI

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta clinicamente guarito
con/senza postumi invalidanti, da valutarsi in sede medico-legale,
dalle lesioni riportate nel riferito infortunio verificatosi il

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Obbligo di referto



FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 93

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE
COMMISSIONI PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Oggetto: art. 590-bis c.p. Lesioni personali stradali gravi o gravissime - obblighi per i Medici.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Obbligo di referto

nell'ipotesi di lesioni derivanti da incidente stradale riguardano proprio i casi in cui la natura della lesione subita è tale da superare i predetti quaranta giorni di malattia, qualificandosi quindi come grave o gravissima. Ora, quando le lesioni si profilano come gravi o gravissime, ovvero in tutti quei casi in cui la malattia ha una durata superiore ai quaranta giorni, si applica il nuovo art. 590 bis c.p. e, quindi, **la procedibilità e d'ufficio e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica, assumendo particolare rilevanza per le ricadute poste a carico dei medici.**

Infatti si sottolinea che il medico in caso di lesioni colpose gravi o gravissime secondarie a incidenti stradali avrà l'obbligo di redigere il referto o la denuncia, nel caso il sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, pena incorrere nell'omissione di referto (ex art. 365 c.p.), o nell'omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (ex art. 361-362 c.p.).

Timbro del medico

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di

.....

REFERTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA
(ex Art. 365 c.p.)

Il sottoscritto dott. _____ avendo sottoposto a visita medica in data ___/___/___

Il/la Sig./ra _____ nato/a il ___ / ___ / _____

residente a _____ in via _____

identificato a mezzo _____ di professione _____

segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data ___/___/___ in un sinistro stradale con riferita responsabilità di terzi.

ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO

.....
.....

Forze dell'ordine intervenute

Precedente documentazione sanitaria

.....
.....

DA CUI E' DERIVATA

- malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni;
- malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
- indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- malattia certamente o probabilmente insanabile;
- perdita di un senso;
- perdita dell'uso di un organo;
- perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile;
- perdita della capacità di procreare;
- permanente e grave difficoltà della favella;
- deformazione o sfregio permanente del viso

, ___ / ___ / ___

Il Medico _____

(firma e timbro)

Consegnato a: _____

Oppure: inviato via Fax al _____

inviato via e-mail a _____

Obbligo di referto

Il referto o la denuncia deve essere inoltrato a:

- Un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) oppure
- Direttamente presso la Procura della Repubblica

Entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza o, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

Ciò detto, sul piano pratico il medico dovrà redigere il referto o denuncia nel caso di lesioni, a seguito di sinistro stradale, che possano rivestire gli estremi delle lesioni gravi o gravissime; il medico dovrà, per mezzo dell'espressione di un giudizio prognostico, orientare l'Autorità Giudiziaria nella valutazione se il fatto possa integrare gli estremi delle lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis, procedibile d'ufficio, con i conseguenti provvedimenti di natura urgente che la nuova legge prevede o, in alternativa, integrare il delitto di lesioni personali colpose ex art. 590, procedibile a querela, per il quale non si rende necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti da parte della Polizia Giudiziaria. Pertanto si rileva che l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente **in medico di pronto soccorso** che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da incidente stradale; ovviamente, però, lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni.

Dunque, anche **il medico di base** che visiti il proprio assistito **o lo specialista** che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza.

Si sottolinea che tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici, che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni, di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno -anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità- affiancare una descrizione delle ragioni che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata.

CERTIFICATO

PER PATENTE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE IL/LA SIG./SIG.RA

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ/ MENO DI UN ANNO, **PRESENTA** PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE DI RILIEVO CLINICO RELATIVE A :

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	NO
DIABETE MELLITO	SI
SISTEMA ENDOCRINO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
SISTEMA NEUROLOGICO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
PATOLOGIE PSICHICHE <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
EPILESSIA	
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE <i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i>	
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	

Il paziente mi sottoscrive sotto la sua responsabilità che i dati di cui sopra, a me dichiarati, sono rispondenti a verità

Il/la paziente

Il padre o La madre Cognome e nome

firma

firma (per chi è minorenni)

DATA .. / .. /20.. _____ Timbro e firma del medico con n° regionale e specializzazione

CERTIFICATO

PER PATENTE

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____
è attualmente in terapia:

nutrizionale Ipoipoglicemizzanti orali Insulina Combinata (IGO e insulina)

che possono indurre ipoglicemie gravi

che non inducono ipoglicemie gravi

HA PRESENTATO CRISI IPOGLICEMICHE GRAVI O RICORRENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI SI NO

Se SI, indicare la data dell'ultima crisi _____

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- ✓1Retinopatia background Non proliferante proliferante Laser-trattata* Glaucoma*
- ✓2Neuropatia autonoma sensitivo-motoria Uso di farmaci specifici
- ✓3Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
- ✓4Complicanze cardiovascolari: TIA/ICTUS Cardiopatia ischemica

Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro:

* in questi casi effettuare campo visivo binoculare computerizzato a 120 punti, prima dell'invio alla Commissione Medica Locale (il campo visivo dovrà essere consegnato, in originale, dall'utente all'atto della visita in Commissione parenti)

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c: _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO ACCETTABILE SCADENTE

Data _____

Firma del Medico Curante

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA GUIDA

- BASSO, si propone il rinnovo per anni _____
- MEDIO, limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze
Riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a _____
- ELEVATO, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio
all'utente: si riferisce alla Commissione Medica Locale (CML)

Data _____

Firma del Diab. log

diabetici

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____

è attualmente in terapia:

- nutrizionale
 Ipoglicemizzanti orali
 Insulina
 Combinata (IGO e insulina)
- che possono indurre ipoglicemie gravi
 che non inducono ipoglicemie gravi

HA PRESENTATO CRISI IPOGLICEMICHE GRAVI O RICORRENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI SI NO

Se SI, indicare la data dell'ultima crisi _____

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- 1Retinopatia background Non proliferante proliferante Laser-trattata* Glaucoma*
- 2Neuropatia autonoma sensitivo-motoria Uso di farmaci specifici
- 3Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
- 4Complicanze cardiovascolari: TIA/ICTUS Cardiopatia ischemica
- Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro:

* in questi casi effettuare campo visivo binoculare computerizzato a 120 punti, prima dell'invio alla Commissione Medica Locale (il campo visivo dovrà essere consegnato, in originale, dall'utente all'atto della visita in Commissione patenti)

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c: _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO ACCETTABILE SCADENTE

Data _____

Firma del Medico Curante

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al

er la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si propongono i seguenti criteri:

- 1) potrà essere considerato come controllo glicemico adeguato riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9.0%, non adeguato in caso di valori >9.0%;
- 2) per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di buono, accettabile, scadente i seguenti parametri valutativi:
 - a) ipoglicemie gravi (che richiedono l'assistenza di un'altra persona) e ricorrenti (negli ultimi 12 mesi)
 - b) frequenza episodi: se <2/mese, se tra 2 e 4 al mese, se >4 al mese
 - c) valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e di gestirla precocemente ed adeguatamente;

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA GUIDA

- BASSO, si propone il rinnovo per anni _____
- MEDIO, *limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze*
Riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a _____
- ELEVATO, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio alla guida: invio alla Commissione Medica Locale (CML)

Firma del Diabetologo

Data _____

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

ISTAT
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO
ISTAT MODELLO D4 - Edr. 2015
COPIA PER L'ISTAT

SCRIVERE IN STAMPATELLO

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MARCO Età compiuta

FEMMINA anni

1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso

Altra cura (pubblica - privata - accettazione) Comune _____

Hospice Provincia _____

Struttura residenziale o socio-assistenziale Codice ASL _____

Altro (specificare) _____

2. Rischio diagnostico Causa iniziale (secondo ICD-10)

C'è stato ricovero? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Resposta positiva 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatiche o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Tempo trascorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte

Causa iniziale. Scegliere la sequenza di condizioni morbose o traumatiche o avvelenamenti che ha dato inizio alla sequenza.

1. _____ anni o mesi o giorni

2. _____ anni o mesi o giorni

3. _____ anni o mesi o giorni

4. _____ anni o mesi o giorni

5. _____ anni o mesi o giorni

6. _____ anni o mesi o giorni

7. _____ anni o mesi o giorni

8. _____ anni o mesi o giorni

9. _____ anni o mesi o giorni

10. _____ anni o mesi o giorni

4. Parte II Altri stati morbose rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

1. _____ anni o mesi o giorni

2. _____ anni o mesi o giorni

3. _____ anni o mesi o giorni

4. _____ anni o mesi o giorni

5. _____ anni o mesi o giorni

6. _____ anni o mesi o giorni

7. _____ anni o mesi o giorni

8. _____ anni o mesi o giorni

9. _____ anni o mesi o giorni

10. _____ anni o mesi o giorni

N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite).

5. Circonstanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, scivolata, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (percorso normale di trasporto) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.1 Infortunio sul lavoro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (es. pedane salite "a pioli")

7.2 Ruolo della vittima

Pedone 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Passaggio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scoppio, sbandamento, ecc.)

7.4 In caso di scoppio indicare l'oggetto (es. aereo, autocarro, autobus, ecc.)

In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, aereo, trattore, ecc.)

8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Ora _____ giorno _____ mese _____ anno _____

9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Casa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Istituzione collettiva 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Luogo dedicato ad attività sportive 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Strada e vie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Luogo di commercio e di servizio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Area industriale e di costruzione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Attività agricola 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altri luoghi (specificare) _____

10. Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me soprindicate (nome e cognome in stampatello)

MMG o P.L.S. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Necropsia 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medico ospedaliero 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medico legale 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro medico 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Timbro e telefono del medico o della struttura (portare anche la copia per la ASL)

Tel. _____

Data _____ Firma _____

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

MASCHIO CODICE FISCALE della defunta

FEMMINA

Atto di morte

Numero _____

Stato per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile _____

Circoscrizione _____

1. Data di morte _____

2. Data di nascita _____

3. Località di nascita

Stesso comune di morte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro Comune _____

Stato Estero _____

4. Età compiuta _____

5. Stato civile

Celibatario 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Coniugato 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vevidello 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Divorziato o già coniugato 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Separato legalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Se coniugato o separato legalmente indicare:

Area di nascita del coniuge superstite _____

Anno di matrimonio _____

16. Per "lo coniugato" si intende il coniuge che ha ottenuto lo scioglimento o la conversione dell'atto di matrimonio (legge 1 dicembre 1988, n. 30).

6. Residenza

Stesso Comune di morte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro Comune _____

Stato Estero _____

7. Grado di istruzione

Laurea 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diploma universitario o laurea breve 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diploma di scuola media superiore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Licenza di scuola media inferiore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Licenza elementare o nessun titolo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Professione

9. Condizione professionale o non professionale

Occupato 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Disoccupato 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In cerca di prima occupazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ritirato dal lavoro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Casalingo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Studente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inabile al lavoro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro (comprensivo servizio di leva o servizio civile) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Posizione nella professione

Per laureato/laureata autonoma

Imprenditore/impresaria e libero professionista 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inventore/inventrice in proprio e coadiutore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Per laureato/laureata dipendente

Dirigente o direttore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Impiegato e intermedio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Operai e assistenti 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altro (apprendista, fra. e domestici, ecc.) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Ramo di attività economica

Agricoltura, caccia e pesca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Industria 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commercio, pubblica amministrazione, servizi pubblici 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Altri servizi privati 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Cittadinanza

Italiana 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Per nascita 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Acquisita 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Straniera 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non conosciuta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Timbro _____

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____

Tel. _____ E-mail _____

ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL DECESSO

La sequenza degli adempimenti da osservarsi in caso di decesso è la seguente:

- **dichiarazione di morte o constatazione di decesso** o, in caso di decesso in ospedale o altra struttura residenziale, **avviso di morte**: si tratta del primo adempimento, a cura dei congiunti, conviventi, loro delegati o direttori della struttura, volto a comunicare all'ufficiale di stato civile l'avvenuto decesso;
- **denuncia delle cause di morte**, a cura del medico curante: anch'essa è indirizzata al Comune e deve essere rilasciata entro le 24 ore dal decesso;
- **accertamento della realtà della morte**: a cura del medico necroscopo, deve essere redatto non prima di 15 ore dal decesso e comunque non dopo le trenta ore.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERT

L'autorizzazi
sindaco (o,
delegato), se
corredata d
MEDICO CU
RISULTI ESCI
E' necessari
n. 20 del 1
Regione Em
alla medici
momento de



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense
Direzione Sanitaria

Allegato 4

CERTIFICATO AD USO CREMAZIONE

Io sottoscritto Dr. _____
in servizio presso l'Unità Operativa di _____
dopo aver constatato che è deceduto/a il/la Sig./Sig.ra _____
il cui decesso è avvenuto in data _____ alle ore _____
per _____

DICHIARO

secondo scienza e coscienza essere escluso ogni sospetto che la morte del suddetto paziente possa essere conseguenza di un reato qualsiasi, che non è stata improvvisa e che su di essa non gravano sospetti.

Attesto altresì che: il paziente non è portatore di Pace Maker
al paziente è stato asportato un Pace Maker

In fede
Modena, li _____

MEDICO RESPONSABILE
TIMBRO E FIRMA

IONE

oncessa dal
ne all'uopo
DATTO DAL
DAL QUALE
REATO.
(v. Circolare
Sanità della
are la firma
attempi al

momento della redazione del certificato.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE

L'INPS rilascia le credenziali per redigere le certificazioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'invalidità previdenziale (SS3), delle cure balneo termali



Mod. C (per il medico)

Certificato medico

NUMERO CERTIFICATO: 123456

COGNOME: PINO NOME: PALLINO

SESSO: M CODICE FISCALE: PNCPL_84H19C154Y

NATA IL: 16/04/1984 A: RC/160 PROV: FO

CODICE TESSERA SANITARIA: 387

ASL DI APPARTENENZA: 15010

Anamnesi
ANAMNESI

Obiettività
OGIETTIVITA'

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE

INPS | L'Istituto | Dati, ricerche e bilanci | Avvisi, bandi e fatturazione | INPS Comunica | Prestazioni e servizi | Amministrazione trasparente | Lingua: **ITA** | Assistenza | Contatti

Tutti i servizi | **Trova la prestazione** | **Entra in MyINPS** | **Cerca**

In evidenza

- Notizia** 08/03/2018
Pubblicato il bando di concorso Estate INPSieme Senior 2018
- Notizia** 05/03/2018
Casellario dell'assistenza: nuove categorie di prestazioni
- Notizia** 02/03/2018
Concorso per funzionari: pubblicato diario della seconda prova scritta
- Notizia** 02/03/2018
Esonero contributivo per nuove assunzioni di giovani

Utenti	Temi
Famiglia	
Pensionati	
Disoccupati, inoccupati e lavoratori sospesi	
Persone con disabilità e invalidità	
Lavoratori	
Lavoratori migranti	
Aziende, enti e datori di lavoro	
Enti erogatori di prestazioni previdenziali, consolati e altre autorità locali	

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Q riconoscimento invalid

Cerca



Servizi Gestione Dipendenti Pubblici per amministrazioni,...



Servizio

Invalità civile - Invio domanda di riconoscimento dei...



Servizio

Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità...



Circolari 30/10/1997

Circolare numero 213 del 30-10-1997

Tutti i risultati



Notizia 05/03/2018

Casellario dell'assistenza: nuove categorie di prestazioni



lavoratori sospesi

Persone con disabilità e invalidità

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Autenticazione

PIN	SPID	CNS
------------	------	-----

Codice Fiscale

PIN

	PIN	Accedi
---	-----	---------------

Per l'accesso ai servizi online è necessario il possesso di un codice PIN rilasciato dall'INPS oppure di una identità SPID o di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

[Istruzioni per l'accesso](#)

[Hai smarrito il tuo PIN?](#)

[Richiedi e gestisci il tuo PIN](#)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Ultim

Medici Abilitati Invio Certificati Invalidità civile
Gestione Certificati Invalidità civile

[Esci](#)

www.inps.it		Compila ed invia Certificato	Questa funzione permette la compilazione e l'invio dei certificati online per l'invalidità.
		Visualizza Certificati	Questa funzione permette la visualizzazione dei certificati inviati.
		Modifica Medico	Questa funzione permette di aggiornare/modificare i dati del Medico.
		Caricamento Dati Certificato Medico	Questa funzione permette di caricare i dati del certificato Medico da file XML.
		Area Download	Funzione per il prelevamento dei documenti e degli applicativi necessari al servizio di compilazione off-line del certificato medico. Ultimo aggiornamento: 05/02/2016 NEW!

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Servizi Online

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Medici Abilitati
Invio Certificati Invalidità civile

Compilazione Certificato Invalidità civile

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA	Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380
Cognome Richiedente:	<input type="text"/>
Nome Richiedente:	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA

Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380

Cognome Richiedente:	:	<input type="text"/>
Nome Richiedente:		<input type="text"/>
Codice Fiscale:		<input type="text"/>
Sesso:		<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F
Codice Tessera Sanitaria:		<input type="text" value="4-----"/>
ASL di appartenenza(*):		Modena <input type="text" value="v"/> A.S.L. MODENA <input type="text" value="v"/>
Data di nascita:	:	<input type="text"/>
Provincia di nascita:		<input type="text"/>
Comune di nascita:		<input type="text"/>
Anamnesi:		<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Obiettività:		<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Diagnosi(*):	<input type="text"/>	Salva
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Ulteriore specificazione patologia:	<input type="text"/>	Salva
Terapia:	<input type="text"/>	Salva

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di (*):	<input type="checkbox"/> Invalidità civile
	<input type="checkbox"/> Cecità
	<input type="checkbox"/> Sordità
	<input type="checkbox"/> Sordocecità (Legge 24 giugno 2010, n. 107)
	<input type="checkbox"/> Handicap
	<input type="checkbox"/> Disabilità
Si certifica persona	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo
	Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo
	<input type="text" value="Patologia Psichiatrica"/> - Seleziona Ramo Patologia - <input type="text"/> - Seleziona Sezione Patologia - <input type="text"/> - Seleziona Patologia -
Specializzazione del Medico che fa parte della commissione:	<input type="text" value="Nessuna specializzazione"/> <input type="button" value="v"/> ATTENZIONE! Se il richiedente è residente nella regione Emilia Romagna è obbligatorio indicare la specializzazione
Luogo(*):	<input type="text"/>
Data:	<input type="text" value="14-03-2016"/>
Segnalo	N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori
<input type="button" value="Invia Certificato"/> <input type="button" value="Indietro"/>	

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Invio Certificato Invalidità civile

Gestione Certificati Invalidità civile

Certificato inserito con successo con numero univoco 2017AA79852

Stampa Attestato

Stampa Certificato

Indietro

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INTEGRATIVO

Comunica la sopraggiunta intrasportabilità del paziente rispetto al momento della redazione del primo certificato e/o delle voci relative all'indennità di accompagnamento in presenza di una domanda di invalidità.

ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL -	- Seleziona ASL -
Data di nascita:	<input type="text"/>	
Provincia di nascita:	<input type="text"/>	
Comune di nascita:	<input type="text"/>	
Diagnosi(*):	<input type="text"/>	
	<input type="button" value="Salva"/>	
Si certifica che la persona è:	<input type="radio"/> SI	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore:
	<input type="radio"/> NO	
	<input type="radio"/> SI	Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua:
	<input type="radio"/> NO	
Richiesta visita domiciliare:	<input type="checkbox"/>	Certifico che sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio.
Luogo(*):	<input type="text"/>	
Data:	<input type="text" value="14-03-2016"/>	

N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

▶ Certificati medici introduttivi ai fini delle domande per prestazioni antitubercolari (ACT)	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato di accertamento del decesso	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico introduttivo per istanza di invalidità previdenziale (SS3)	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico per il riconoscimento delle cure balneo termali	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile	▶ Scheda Informativa
▶ Modulistica	▶ Scheda Informativa
▶ Newsletter messaggistica Inps	▶ Scheda Informativa
▶ Portale dei servizi per il CTU	▶ Scheda Informativa

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

Medici Abilitati
Invio Certificati SS3

Compilazione Certificato

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA		Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380	
Cognome Richiedente:	<input type="text"/>	Nome Richiedente:	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	<input type="button" value="Cerca"/>	
Codice Tessera Sanitaria:	<input type="text"/>		
Telefono:	<input type="text"/>	Cellulare:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Tipo Documento:	<input type="text" value="- Seleziona Tipo Documento -"/>	<input type="text"/>	
Numero Documento:	<input type="text"/>		
Rilasciato Da:	<input type="text"/>	Data Rilascio:	<input type="text"/>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

Anamnesi lavorativa pregressa e occupazione attuale :	<input type="text"/>	Salva
Anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri):	<input type="text"/>	Salva
Obiettività:	<input type="text"/>	Salva
Terapia:	<input type="text"/>	Salva
Diagnosi:	<input type="text"/>	Salva
Luogo: <input type="text"/>	Data: <input type="text" value="21-01-2017"/>	



LA C
gi



INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

N. FASCICOLO:

APPORRE ETICHETTA,
NUMERO PROTOCOLLO

IND AGR

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO (indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo)

CLASSE A

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

INDICAZIONE _____

ESPOSIZIONE _____

CAUSE _____

ESITO _____

ESAME OGGETTIVO E DIAGNOSI _____

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI _____

PROGNOSI (specie in caso di lesioni gravi o sistemiche) _____

OSSERVAZIONI DEL MEDICO _____

PRESCRIZIONI FARMACOLOGICHE _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

sieme al
pedale



CERTIFICATO MEDICO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO

ESAME OGGETTIVO E DIAGNOSI _____

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI _____

PROGNOSI (specie in caso di lesioni gravi o sistemiche) _____

OSSERVAZIONI DEL MEDICO _____

PRESCRIZIONI FARMACOLOGICHE _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

ESITO VISITA AL MEDICO _____

CLASSE B	ESITO VISITA AL MEDICO	ESITO VISITA AL MEDICO	ESITO VISITA AL MEDICO
ESITO VISITA AL MEDICO	ESITO VISITA AL MEDICO	ESITO VISITA AL MEDICO	ESITO VISITA AL MEDICO





LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



CERTIFICATO INAIL:

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

N. FASCICOLO

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: IND AGR

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo

QUADRO
A

Cognome										Nome										Sesso M/F									
Nato a (Comune)										GG		MM		AA		Prov.		il		/		/		AA					
Residente a (Comune)										GG		MM		AA		Prov.		il		/		/		AA					
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										GG		MM		AA		Prov.		il		/		/		AA					
COD. ISTAT										COD. USL										GG		MM		AA		in (Comune)		Numero Civico	
l'evento è avvenuto il										GG		MM		AA		Prov.		il		/		/		AA					
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio																													

RISERVATO
AL DATORE
DI LAVORO

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo										Ragione sociale													
Indirizzo										CAP		COMUNE										Prov.	

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

Data e firma dell'infortunato

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INAIL:

QUADRO B

CERTIFICATO MEDICO PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) _____ Codice Fiscale _____

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AA _____ alle ore _____

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI _____

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI _____

RISERVATO AL MEDICO

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI _____

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni _____ riprende lavoro il GG / MM / AA _____

pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO _____

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero NO SI se SI, presso _____
esami specialistici _____

Codice del medico o del presidio sanitario _____ Luogo e data del rilascio _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
per favore non uscire da questa zona

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INAIL: continuazione/chiusura

QUADRO C	Si tratta di ricaduta?	eventuali osservazioni		TIMBRO DI ARRIVO
	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
RISERVATO INAIL	VISTO DAL MEDICO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	DATA	FIRMA	

modena@postacert.inail.it

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

I certificati attestanti l'esonero all'uso delle cinture di sicurezza per controindicazioni derivate da malattia possono essere rilasciati solo da medici dipendenti o incaricati del SSN ai sensi della Legge 4 agosto 1989 e non dai medici di medicina generale.

- stato di gravidanza
- statura inferiore a cm 150

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATI MEDICI: TARIFFE E MODALITA' DI EROGAZIONE

CERTIFICATI GRATUITI

- Di prognosi di malattia
- Rilascio del Libretto Sportivo Regionale all'avente diritto
- Di riammissione al lavoro degli alimentaristi

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 35 Euro

- Certificati INAIL
- Per invio in colonie o luoghi di soggiorno
- Per idoneità ginnico motoria o per attività sportiva non agonistica
- Per esonero dalle lezioni di educazione fisica, per dieta particolare alla mensa

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 40 Euro

- Per il rilascio di patenti di guida
- Per cure termali (via telematica)

CERTIFICATI A PAGAMENTO SOGGETTI AD IVA

1. Euro 40 + IVA al 23% = 48,8 Euro

- Per richiesta invalidità civile/invalidità previdenziale SS3
- Per malattia in aggiunta alla normale certificazione di prognosi di malattia
- Per inabilità temporanea tale da giustificare la mancata presenza in tribunale
- Per tutte le altre certificazioni non menzionate nei punti precedenti

2. Euro 50 + IVA al 22% = 61 Euro

- Per assicurazioni private in caso di infortuni
- Per porto d'armi



In caso di sostituzione

L'ordine rilascia

- Permesso ZTL (per la durata della sostituzione)
- Emblema auto medico in visita domiciliare urgente (per la durata della sostituzione)

E' necessario presentare dichiarazione del titolare della convenzione riportante inizio e fine della sostituzione.

Il compenso del sostituto MMG

ACN 2009 ART. 37 – SOSTITUZIONI

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.
14. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.



Allegato C

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il compenso del sostituto MMG

2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituto viene corrisposta la restante

40,05 €

70% di 40,05 € = 28,035 € a paziente

$28,035 \text{ €} \times N^{\circ} \text{ assistiti in carico al MMG}$

365 giorni

+ 0% ⇨ nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre

+ 20% ⇨ nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo

- 20% ⇨ nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre

Al compenso dovuto alla quota capitaria va sommato il compenso di ADI/ADP e PIPP

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il compenso del sostituto PLS

www.fimp.pro



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
PEDIATRIA (Art 58 lett A)										
Quota capitaria per assistito	83,650	quota giornaliera ad assistito per il sostituto (55%)					0,126	quota divisa per 365 giorni		
quota per assistiti 0-6 anni	17,930	quota giornaliera ad assistito 0-6 anni per il sostituto					0,027			
		incremento quota 0-6 aa da acn 2010: 13,500 + 4,40								
MEDICINA GENERALE (art 59 lett.A) *										
Quota capitaria per assistito	40,05									
TOTALE	40,050	quota per sostituto		70%	28,035	quota divisa per 365 giorni		0,077		

* La quota della Medicina Generale prevede solo la quota capitaria dell'ACN 2009 perché l'incremento del 2010 è riservato solo ad assistiti oltre i 75 anni



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale





LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale





LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

