

Spett.le ASL 3 Genovese

Al Direttore  
Struttura Complessa P.S.A.L.  
Via Bainsizza, 42  
16147 Genova  
(protocollo@pec.asl3.liguria.it)

**SEGNALAZIONE DI MALATTIA PROFESSIONALE**

- obbligo di denuncia ai sensi dell'art.139 D.P.R.1124/65 e D.M. 10.06.2014  
 obbligo di referto ai sensi dell'art.365 C.P. e art.334 C.P.P.

Il sottoscritto Dr \_\_\_\_\_ qualifica<sup>1</sup> medico  
\_\_\_\_\_

riferisce che il giorno \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ha visitato il Sig. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via/Fraz/Località \_\_\_\_\_

domiciliato<sup>2</sup> nel comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via/Fraz/Località \_\_\_\_\_

ed ha riscontrato il medesimo affetto da \_\_\_\_\_

indicare se trattasi di prima diagnosi o di aggravamento \_\_\_\_\_

indicare se in attività od in pensione \_\_\_\_\_

eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATTUALE DATORE DI LAVORO**

Denominazione
Indirizzo
sede legale
sede dell'unità produttiva

<sup>1</sup> medico competente aziendale, ospedaliero, patronato, di base ecc.

<sup>2</sup> se diverso dalla residenza

ANAMNESI LAVORATIVA

Datore di lavoro	mansione o reparto	Periodo

alla presente si allegano N. \_\_\_\_\_ documenti dettagliati nel prosieguo:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

note in merito all'esposizione alla noxa patogena \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

addi.....

timbro e firma