

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. 27.04.2004
- obbligo di referto ai sensi dell'art. 365 C.P. e art. 4 C.P.P.

Il sottoscritto Dr _____ qualifica¹ medico _____

riferisce che il giorno ___ / ___ / ___ ha visitato il Sig. _____

nato/a a _____ Prov _____ il ___ / ___ / _____

residente nel comune di _____ Prov _____

Via/Fraz/Località _____

domiciliato² 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

¹ medico competente aziendale, ospedaliero, patronato, di base ecc.

² 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