

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Città
Data

Al sig./ra
Indirizzo

Gentile Signore/a,

le scriviamo con riferimento al certificato di malattia da Lei presentato ai nostri Uffici, relativo ad un periodo d'assenza dal lavoro dal XX.XX.XXXX al XX.XX.XXXX.

Se la malattia è stata causata da un incidente extra-lavorativo oppure da un infortunio o da malattia professionale, le chiediamo di compilare uno dei seguenti moduli –allegati a questa lettera- e di restituirlo firmato, a quest'Ufficio entro 15 giorni:

- modulo AS1, nel caso d'incidente extra-lavorativo;
- modulo AS1-bis, nel caso d'infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Ciò per consentire all'Inps di recuperare, da parte del terzo responsabile o dalla sua assicurazione o dall'Inail, le eventuali somme da Lei percepite a titolo d'indennità di malattia. Le chiediamo, inoltre, di comunicare a quest'Ufficio se ha già chiesto e ottenuto l'eventuale risarcimento/indennizzo fornendo al riguardo notizie esatte e complete sul modulo compilato. Le ricordiamo che, grazie alla sua cortese collaborazione, l'eventuale periodo recuperato dall'Inps non le sarà calcolato nelle 180 giornate indennizzabili nell'anno solare ed eviterà che i nostri Uffici attivino nei suoi confronti un'azione legale di risarcimento (articolo 1916 codice civile e articolo 142 decreto legislativo n. 209/2005) se l'omessa restituzione di uno dei due modelli o le notizie incomplete o inesatte fornite renderanno impossibile recuperare le somme corrisposte.

Se nel frattempo avesse già inviato o consegnato il modello compilato la preghiamo di considerare superata la presente richiesta.

Cordiali saluti

Il direttore

Tutti i nostri **uffici Inps** sono a sua disposizione per ogni ulteriore informazione; può trovare l'elenco completo delle nostre Sedi sugli elenchi telefonici o sul sito internet www.inps.it.

Può, inoltre, telefonare al numero gratuito **InpsInforma 803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie **dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14**.

Se preferisce, può infine rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge, che le fornirà assistenza gratuita.

Per risparmiare tempo ed ottenere le informazioni rapidamente ricordi di tenere a portata di mano:

Numero pratica XXXXXXXXXX

codice sede ----

Il funzionario incaricato XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

tel. XXXXXXXXXXXX fax. XXXXXXXXXXXX

CAP Città
Indirizzo
tel
fax



Protocollo

Alla Sede di _____

Dichiarazione dell'assicurato (AS1)

(per infortunio procurato da terzi)

Cognome						
Nome						
Codice fiscale			data di nascita			
Comune (o Stato Estero) di nascita					prov.	
Comune residenza					prov.	
Via/Piazza			n.		cap.	
numero telefonico			numero tel. cellulare			
e-mail						

Dipendente dell'azienda (alla data dell'infortunio)

matricola aziendale

qualifica

tipo di contratto

con sede in via

città

orario di lavoro

sabato lavorativo

mensa aziendale

Infortunio extralavorativo

Si ricorda che se l'infortunio extralavorativo è stato determinato da un fatto illecito di un terzo, l'Inps ha diritto di ottenere dal terzo responsabile o dal suo assicuratore il rimborso delle indennità concesse in conseguenza dell'evento.

L'interessato è tenuto, in caso di accordo o pagamento, a non accettare somme prima che l'Inps non sia stato garantito nei suoi diritti ed a rimborsare comunque all'Inps le spese da questo sostenute.

(art. 1916 del codice civile e Decreto legislativo n. 209/2005 articolo 142).

Barrare la casella corrispondente

L'infortunio è avvenuto in _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

si è trattato di un infortunio accidentale provocato da terzi

causato da veicolo da natante a motore

il veicolo o il natante a motore è identificato è coperto da assicurazione

l'infortunato era conducente trasportato pedone su altro mezzo a motore

tipo e numero di targa del mezzo

Assicurazione dell'infortunato dichiarante _____ agenzia di _____

via _____ numero polizza _____ scadenza _____



Barrare la casella corrispondente

Incidente provocato da terzi- dati del conducente responsabile

Cognome

Nome

via/piazza

città

Tipo e numero di targa del mezzo

Dati del proprietario (se diverso dal conducente)

compagnia assicuratrice

agenzia di

via

numero polizza

scadenza

Se l'infortunato era trasportato , si riportano le generalità ed indirizzo del conducente/proprietario

Cognome

Nome

via/piazza

città

Tipo e numero di targa del mezzo su cui viaggiava l'infortunato

compagnia assicuratrice del mezzo su cui viaggiava

agenzia di

via

numero polizza

scadenza

Incidente provocato da terzi- dati del presunto responsabile in caso di percosse, rissa, aggressione.....

Cognome

Nome

via/piazza

città

Notizie generali (indicare i dati di eventuali testimoni)

descrizione dell'evento

Autorità intervenute (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro...)

- il lavoratore ha denunciato l'infortunio alla propria assicurazione
- il lavoratore ha citato in giudizio il presunto responsabile per il risarcimento del danno in sede civile
- presso quale ufficio giudiziario

Professionista (avvocato o altro) incaricato per il recupero delle somme dovute a titolo di risarcimento

cognome

nome

via/piazza

città

- il danno è stato risarcito - in che misura
- l'infortunato ritiene che il fatto costituisca reato
- è stata proposta querela (allego copia o mi impegno a inviarla alla sede Inps entro 15 giorni)
- l'infortunato si è costituito o intende costituirsi parte civile

Data _____

Firma _____



Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L' Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Data _____

Firma _____

SR13

Osservazioni della struttura INPS

Dirigente medico di Sede
giudizio medico-legale

Data _____

Firma _____

Responsabile Unità di processo

Data _____

Firma _____

AS1



Protocollo

Alla Sede di _____

Dichiarazione dell'assicurato (AS1/bis)

(per infortunio sul lavoro, malattia professionale)

Cognome						
Nome						
Codice fiscale				data di nascita		
Comune (o Stato Estero) di nascita				prov.		
Comune residenza				prov.		
Via/Piazza			n.			cap.
numero telefonico			numero tel. cellulare			
e-mail						

Dipendente dell'azienda

matricola aziendale

con sede in via

città

qualifica

tipo di contratto

orario di lavoro

 sabato lavorativo mensa aziendale**Infortunio sul lavoro***Barrare la casella corrispondente*

Descrizione dettagliata della mansione lavorativa abituale e dell'ambiente in cui viene svolta

-
- presumo delle responsabilità del datore di lavoro riferite alle misure igieniche e di prevenzione
- ho effettuato visite preventive e/o periodiche (in caso negativo indicare la motivazione)
-

- sono affetto da precedenti patologie
- percepisco rendita Inail
- sono stato in precedenza assistito dall'Inail per la stessa patologia
- sono invalido civile (indicare la percentuale) _____ %
- percepisco l'assegno d'invalidità Inps

osservazioni (da compilare in caso di risposte affermative alle precedenti domande)



Infortunio avvenuto a _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

- l'infortunio è avvenuto "durante il percorso" (in itinere)
- l'infortunio è avvenuto durante il percorso per recarsi/rientrare a casa dopo il lavoro
- il tratto di strada rientra nel percorso abituale casa-lavoro e viceversa
- l'infortunio è stato denunciato all'Inail
- si è verificato in occasione di un servizio esterno
- il servizio esterno era autorizzato
- l'Inail ha riconosciuto l'infortunio durante il percorso (in itinere)
- è in corso contenzioso amministrativo o giudiziario per il riconoscimento

L'infortunato ha abbandonato il lavoro il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

descrizione dell'accaduto _____

Presunto responsabile in caso di aggressione (*cognome, nome e domicilio*) _____

Il datore di lavoro era presente

Indicare i dati di eventuali testimoni _____

chi ha prestato il primo soccorso _____

struttura sanitaria che ha fornito l'assistenza _____

data (gg/mm/aaaa) _____ ora _____

diagnosi _____

prognosi _____

autorità che ha svolto gli accertamenti e sede di appartenenza (*carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro*) _____

in quale sede Inail è aperta la pratica _____

Data _____

Firma _____



Malattia professionale

Barrare la casella corrispondente

primi sintomi della malattia (indicare quale)

insorti il (gg/mm/aaaa)

la malattia ha determinato astensione dal lavoro in data (gg/mm/aaaa)

accertamenti e cure effettuate

lavorazione a cui ero adibito precedentemente alla manifestazione della malattia

data d'inizio (gg/mm/aaaa)

in quale sede Inail è aperta la pratica

Data _____

Firma _____

SR13

ASI/bis



Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L' Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Data _____

Firma _____

SRI3

Osservazioni della struttura INPS

Dirigente medico di Sede
giudizio medico-legale

Data _____

Firma _____

Responsabile Unità di processo

Data _____

Firma _____

ASI/bis