



Alla Sede Inail di _____

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

OGGETTO: DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA - Assicurazione infortuni in ambito domestico - Legge n. 493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257.

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO:

Cognome _____ **Nome** _____ **Data di nascita** _____

EVENTO INFORTUNISTICO DEL: giorno mese anno

IN CHE DATA E' AVVENUTA LA GUARIGIONE CLINICA?/...../.....

IN CHE DATA E' STATA EFFETTUATA LA PRIMA VISITA?...../...../.....

PRESSO QUALE PRESIDIO SANITARIO E' STATA EFFETTUATA?.....

DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO NON TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI:

.....
.....

DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DELL'EVENTO:

.....
.....

PRESUNTE INABILITA' PREESENTI CONCORRENTI (*): SI NO

DESCRIZIONE DELLE INABILITA' CONCORRENTI LAVORATIVE ED EXTRA-LAVORATIVE:

.....
.....

PRESENTA DEI POSTUMI INVALIDANTI PRESUMIBILMENTE NON INFERIORI AL 27% ()** SI NO

DESCRIZIONE:

.....
.....

DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO GIA' TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI NUOVO INFORTUNIO:

.....
.....



Alla Sede Inail di _____

DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DEL NUOVO INFORTUNIO ANCHE SE INFERIORI AL 27% ():**

.....
.....

(*) Sono preesistenze invalidanti concorrenti: le lesioni che interessano organi associati nell'identica funzione o a sistemi diversi ma chiamati a svolgere funzioni che si influenzano reciprocamente.

(**) Per la valutazione dei postumi consultare la tabella delle invalidità, di cui al D.M. del 15/09/2000.

DATA.....

FIRMA DEL MEDICO.....