



# **IL GIOVANE PROFESSIONISTA**

**AL CENTRO DELLE ATTENZIONI DELL'ORDINE:  
RUOLI, COMPITI E FISCALITA'.**





GIOVANE PROFESSIONISTA AL CENTRO DELLE ATTENZIONI DELL'ORDINE: RUOLI, COMPITI E FISCALITA'.

# Certificazioni in corso di sostituzione di MMG

**Dott.ssa Letizia Angeli**



## LE CERTIFICAZIONI

### 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.

### ART. 36 ACN 2022 (ex ART. 37 ACN 2005) – SOSTITUZIONI

6 - Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione da parte, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare, sia per l'attività prestate nei confronti degli assistiti che per l'attività oraria.

# Certificazioni di Malattia **INPS**



# RIFERIMENTI NORMATIVI

Circolare n. 1 dell'11 marzo 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla trasmissione per via telematica dei certificati di malattia.

Sono tenuti ad effettuare la trasmissione telematica dei certificati i seguenti soggetti:



- **I MEDICI DIPENDENTI DEL SSN**
- **I MEDICI IN REGIME DI CONVENZIONE CON IL SSN (MMG, MCA)**

Tutte le pubbliche amministrazioni devono adottare le iniziative necessarie per ricevere le certificazioni e provvedere ai conseguenti adempimenti.



# RILASCIO CREDENZIALI PER ACCEDERE AL **SISTEMA TS**



- Ai **medici convenzionati** ed ai **medici dipendenti** saranno le aziende a provvedere al rilascio delle credenziali.

- Per i **sostituti di MMG** e per i **libero professionisti** è l'Ordine l'ente preposto al rilascio delle credenziali.

Per il rilascio delle credenziali inviare una mail a

[sportellogiovani@ordinemedicimodena.it](mailto:sportellogiovani@ordinemedicimodena.it)

allegando la copia di un documento d'identità valido.

I sostituti non possono, ovviamente, utilizzare le credenziali del Medico che sostituiscono.



# SOGGETTI CHE POSSONO CHIEDERE IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONE CARTACEA



- Magistrati ordinari, amministrativi e contabili
- Avvocati e procuratori dello Stato
- Professori e ricercatori universitari
- Personale della carriera diplomatica
- Personale della carriera prefettizia
- Personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR)
- Personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB)
- Personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato
- Personale militare
- Forze di polizia di Stato
- Personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria
- Personale, anche a livello dirigenziale del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco (escluso personale di leva e volontario)

Dr.  
Medico Chirurgo  
Tel.

---

li / /20

il Sig.  
nato a                    il / /  
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta affetto da:

Il Paziente riferisce di essere ammalato dal: stesso giorno inizio

Prognosi di gg:    s.c.

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

In fede

# CERTIFICAZIONE CARTACEA



# CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO

MEF - Ragioneria Generale dello Stato

**STS** Sistema Tessera Sanitaria

FAQ CONTATTI E ASSISTENZA

Cerca nel sito...

Home Il Sistema TS Cittadini Operatori

Area riservata

## PIANI TERAPEUTICI

### Piano terapeutico NOTA AIFA 100

A partire dal 1/12/2022, i **medici di medicina generale** possono compilare la scheda di prima prescrizione e quella di rinnovo della prescrizione associata alla **Nota AIFA 100** relativa ai farmaci inibitori del SGLT2, agonisti recettoriali del GLP1 e inibitori del DPP4 nel trattamento del **diabete mellito tipo 2** (per i dettagli consultare il [sito AIFA](#)) e conseguentemente prescrivere i farmaci su ricetta dematerializzata (DM 2 novembre 2011).

## Area riservata Operatori



[→ Accedi con credenziali](#)



[→ Accedi con smart card](#)



[→ Accedi come utente Entratel](#)



[→ Accedi come utente Siatel-Puntofisco](#)



Ti trovi in : [Home](#) - Servizi On Line

- [Certificati Malattia](#)
- [Esenzioni da reddito - Intervento](#)
- [Gestione dati spesa 730](#)
- [Piani Terapeutici AIFA](#)
- [Prescrizione medica](#)
- [Ricetta Bianca Elettronica](#)
- [Ricetta Dematerializzata](#)
- [Tamponi e certificati Covid-19](#)
- [Test Sierologici](#)
- [Assistenza Online](#)
- [Manuali](#)
- [Profilo Utente](#)
- [Esci](#)



## SERVIZI ONLINE



Ministero dell'Economia e delle Finanze



## Certificato di malattia

[Inserimento](#)

[Annullamento](#)

[Rettifica](#)

[Ricerca](#)

[Ristampa](#)

Certificato di malattia - Inserimento

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Conferma Ripulisci

Certificato di malattia - Inse

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Conferma Ripulisci

--- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

080: Emilia Romagna - 104: MODENA

700: OdM - EMILIA ROMAGNA - 080

**Residenza o domicilio abituale lavoratore**

Via

Civico

CAP

**Reperibilità**

Aggiungi reperibilità

**Reperibilità**

Cognome (Non obbligatorio)

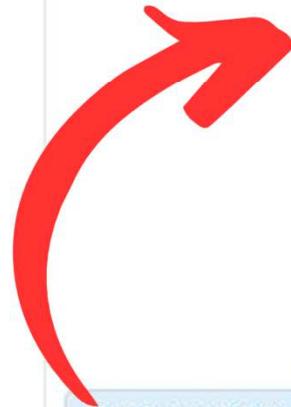
Via

Civico

CAP

Provincia

Togli reperibilità



## Sportello per il cittadino per le visite mediche di controllo

Comunicazione della variazione dell'indirizzo di reperibilità per le visite mediche di controllo per lavoratori e datori di lavoro pubblici o privati



Il lavoratore può richiedere modifica dell'indirizzo di reperibilità tramite:

Contact center dell'INPS



nella sezione MyInps, dopo aver effettuato il login, "Indirizzo reperibilità ai fini delle visite mediche di controllo".

La modifica viene considerata utile a decorrere dal giorno successivo a quello dell'avvenuta comunicazione

Ruolo medico

Data rilascio certificato

Il lavoratore

### Dati certificato

Viene asse

Ruolo medico

SSN

Data rilascio certificato

Professionista privato

Note diagnosi

Giornata lavorata

Trauma

Agevolazione

Ruolo medico

Data rilascio certificato

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal (GG/MM/AAAA)

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il (GG/MM/AAAA)

Tipo visita

Tipo certificato

Codice diagnosi

Note diagnosi

Giornata lavorata -- Seleziona (non obbligatorio) --

Trauma -- Seleziona (non obbligatorio) --

Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

**Tipo visita**

- Ambulatoriale
- Domiciliare
- Pronto soccorso

**Tipo certificato**

**CIRCOLARE INPS 145 DEL 15/07/1996**  
L'Istituto ammette, peraltro, la possibilità di riconoscere, ai fini erogativi, la sussistenza dello stato morboso **anche per il giorno immediatamente precedente a quello del rilascio della certificazione**, purché sulla stessa risulti compilata la voce "dichiara di essere ammalato dal...". Il criterio, valido anche per la certificazione di continuazione e ricaduta della malattia, è da collegare unicamente, come più volte esplicitato, alla facoltà, confermata da ultimo con D.P.R. 28.9.1990, n. 314, art. 20, di **effettuare la visita medica, richiesta dopo le ore 10, il giorno immediatamente successivo.**



"La ricaduta nella stessa malattia o altra conseguenziale – debitamente certificata dal medico – che sia intervenuta entro 30 giorni dalla data di cessazione della precedente è considerata, a tutti gli effetti, continuazione di quest'ultima".

Circolare INPS 134368/81

**Trattamento economico in caso di ricaduta malattia**

Il trattamento economico in caso di malattia prevede un periodo di "carenza" corrispondente ai primi tre giorni dell'evento. È evidente che, se parliamo di ricaduta e il primo evento era già superiore ai tre giorni, questo periodo di carenza non verrà applicato nel secondo evento, pertanto decorre immediatamente l'intervento economico a carico dell'INPS.

Ruolo medico

Data rilascio certificato

Il lavoratore dichiara di essere ammalato   
dal (GG/MM/AAAA)

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il   
(GG/MM/AAAA)

Tipo visita

Tipo certificato

Codice diagnosi

Note diagnosi

Giorno lavorata

Trauma

Agevolazione

Giornata lavorata -- Seleziona (non obbligatorio) --

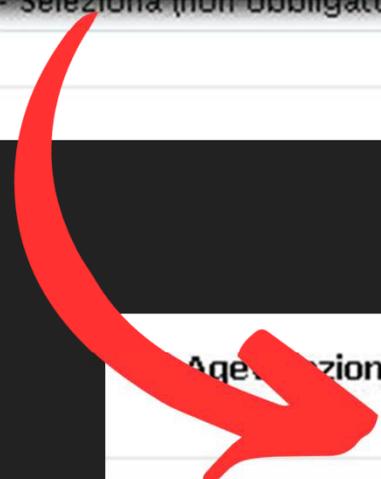
Trauma

-- Seleziona (non obbligatorio) --

SI

NO

Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --



Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

-- Seleziona (non obbligatorio) --

Terapia salvavita

Causa di servizio

Invalidita' riconosciuta

Conferma

lisci

# CIRCOLARE INPS 95 07/06/2016

## Esenzioni dalla reperibilità

- patologie gravi che richiedono terapie salvavita, comprovate da idonea documentazione della Struttura sanitaria;

### **“É salvavita quella terapia che consente di salvare la vita al paziente”**

Nel concetto della “TERAPIA SALVAVITA” è implicitamente esclusa ogni forma di somministrazione cronica del farmaco che, per contro, deve di necessità essere assunto episodicamente per emendare un pericolo di vita attuale e causalmente dovuto a patologia grave in atto estrinsecante il pericolo di vita o l’intensa compromissione acuta del complessivo stato di salute.

**CIRCOLARE INPS 95 07/06/2016**

**Esenzioni dalla reperibilità**

- **PATOLOGIE GRAVI CHE RICHIEDONO TERAPIE SALVAVITA, COMPROVATE DA IDONEA DOCUMENTAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA**

“É salvavita quella terapia che consente di salvare la vita al paziente”  
Nel concetto della “TERAPIA SALVAVITA” è implicitamente esclusa ogni forma di somministrazione cronica del farmaco che, per contro, deve di necessità essere assunto episodicamente per emendare un pericolo di vita attuale e causalmente dovuto a patologia grave in atto estrinsecante il pericolo di vita o l’intensa compromissione acuta del complessivo stato di salute.

Sulla base di queste considerazioni, si definisce di seguito una

**LISTA DI RIFERIMENTO PER SITUAZIONI PATOLOGICHE  
CHE INTEGRANO IL DIRITTO ALL'ESONERO DELLE FASCE  
DI REPERIBILITÀ**



**SINDROMI VASCOLARI ACUTE CON INTERESSAMENTO SISTEMICO**

**EMORRAGIE SEVERE / INFARTI D'ORGANO**

**COAGULAZIONE INTRAVASCOLARE DISSEMINATA E**

**CONDIZIONI DI SHOCK – STATI VEGETATIVI DI QUALSIASI ETIOLOGIA**

**INSUFFICIENZA RENALE ACUTA**

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA ANCHE SU BASE INFETTIVA** (polmoniti e broncopolmoniti severe, ascesso polmonare, sovrainfezioni di bronchiectasie congenite, fibrosi cistica)

**INSUFFICIENZA MIocardica ACUTA SU BASE ELETTRICA** (gravi aritmie acute), **ISCHEMICA** (infarto acuto), **MECCANICA** (defaillance acuta di pompa) **E VERSAMENTI PERICARDICI**

**CIRROSI EPATICA NELLE FASI DI SCOMPENSO ACUTO**

**GRAVI INFEZIONI SISTEMICHE FRA CUI AIDS CONCLAMATO**

**INTOSSICAZIONI ACUTE AD INTERESSAMENTO SISTEMICO ANCHE DI NATURA PROFESSIONALE O INFORTUNISTICA NON INAIL** (arsenico, cianuro, acquaragia, ammoniaca, insetticidi, farmaci, monossido di carbonio, etc.)

**IPERTENSIONE LIQUORALE ENDOCRANICA ACUTA**

**MALATTIE DISMETABOLICHE IN FASE DI SCOMPENSO ACUTO**

**MALATTIE PSICHIATRICHE IN FASE DI SCOMPENSO ACUTO E/O IN TSO**

**NEOPLASIE MALIGNI, IN.**

- Trattamento **CHIRURGICO E NEOADIUVANTE**
- Chemioterapico **ANTIBLASTICO E/O SUE COMPLICANZE**
- Trattamento **RADIOTERAPICO**

**SINDROME MALIGNI DA NEUROLETTICI**

**TRAPIANTI DI ORGANI VITALI**

**ALTRE MALATTIE ACUTE CON COMPROMISSIONE SISTEMICA** (*a tipo* pancreatite, mediastinite, encefalite, meningite, ect...) **PER IL SOLO PERIODO CONVALESCENZIALE**

**QUADRI SINDROMICI A COMPROMISSIONE SEVERA SISTEMICA SECONDARI A TERAPIE O TRATTAMENTI DIVERSI** (*a tipo* trattamento interferonico, trasfusionale)

**CIRCOLARE INPS 95 07/06/2016**

**Esenzioni dalla reperibilità**



2. UNA MALATTIA TEMPORANEA DETERMINATA O CONNESSA ALLA MENOMAZIONE CHE, VALUTATA IN SEDE MEDICO LEGALE PLURICRATICA, ABBA VISTO ASSEGNARSI UNA PERCENTUALE PARI O SUPERIORE AI DUE TERZI (67%) DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Premesso che si può procedere all'esclusione dalla reperibilità solo se il quadro morboso all'origine dell'esonerando evento di malattia è sotteso o connesso a patologie che devono aver determinato una riduzione della capacità lavorativa nella misura pari o superiore al 67%, diventa, dunque, davvero importante che, per scongiurare che si verifichino eccessi anche incolpevoli nelle richieste di esonero e/o nell'attribuzione dello stesso, il medico certificatore abbia ad unico riferimento le patologie che sono elencate.

**I PAZIENTI SONO ESENTABILI DALLA REPERIBILITÀ, MA NON DAL CONTROLLO DELLA MALATTIA**



# FASCE ORARIE VISITE FISCALI

• DIP

7 GI

• DIP

7 GI

Dr.  
Medico Chirurgo  
Tel.

li / /20  
ore

SI CERTIFICA CHE

il Sig.  
nato a il / /  
residente in

si trova nel mio ambulatorio per  
(orario di ambulatorio: )

/ /20 .

In fede

**Specificare la condizione  
clinica per cui viene  
effettuata la visita**

# ANNULLAMENTO DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Annullamento

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Conferma Ripulisci



**Entro 24 ore!**

# RETTIFICA DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Rettifica

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il (GG/MM/AAAA)

Conferma Ripulisci

**Per anticipare la prognosi**

**CERTIFICATO di MALATTIA** da recapitare all'INPS

**DIAGNOSI**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cod .F.

Prognosi lavorativa fino a tutto il

dichiara di essere ammalato dal

inizio  continuazione  ricaduta

Data rilascio

Certificato redatto in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico

Firma e timbro \_\_\_\_\_

**(Parte da compilare a cura del lavoratore)**

**RESIDENZA**

Indirizzo  N.

CAP  comune  PV

**DOMICILIO DI MALATTIA** (da compilare a cura del lavoratore se diverso da quello di residenza)

Indirizzo  N.

CAP  comune  PV



**ATTESTATO di MALATTIA per il datore di lavoro**

Certificato redatto in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cod .F.

Prognosi lavorativa fino a tutto il

dichiara di essere ammalato dal

inizio  continuazione  ricaduta

Data rilascio

Firma e timbro \_\_\_\_\_

**(Parte da compilare a cura del lavoratore)**

**RESIDENZA**

Indirizzo  N.

CAP  comune  PV

**DOMICILIO DI MALATTIA** (da compilare a cura del lavoratore se diverso da quello di residenza)

Indirizzo  N.

CAP  comune  PV



[medicolegale.modena@inps.it](mailto:medicolegale.modena@inps.it)

# PERCORSO ANNULLAMENTO CERTIFICATO INPS



- Telefonare ed avvisare dell'accaduto i pazienti (il paziente a cui è stata erroneamente assegnata la malattia ed il paziente che è rimasto scoperto dalla certificazione)
- Redigere su carta intestata richiesta di annullamento
- Redigere nuova certificazione su carta bianca in duplice copia
- Inviare mail con conferma di lettura al seguente indirizzo medicolegale.modena@inps.it con richiesta di annullamento e copia del nuovo certificato per l'INPS (con diagnosi)
- Fornire copia cartacea senza diagnosi al corretto destinatario da portare al datore di lavoro.

# **RICHIESTA DI ANNULLAMENTO**



Alla C.A. del **Centro Medico Legale INPS di Modena**

(Dr.ssa Chiara Severini, [MedicoLegale.Modena@inps.it](mailto:MedicoLegale.Modena@inps.it))

FAX 059/307708

**Oggetto: Richiesta annullamento certificato malattia ed  
accettazione nuova certificazione corretta in cartaceo**

Con la presente si richiede annullamento del certificato di inizio prognosi di malattia emesso in ambulatorio dal sottoscritto, Dott. Carlo Curatola, in data 14/01/2015 con Prot. N. 132055030 erroneamente attribuito al paziente PINCO PALLINO (CF PNCPLL88F56F257Y) anziché al paziente PINCO BOCCETTINO (CF PNCBCTT57F32H501H), causato da un errore di "copia ed incolla" del codice fiscale.

Dr. Carlo Curatola

Modena 26/01/2015



**NUOVO  
CERTIFICATO:  
COPIA PER L'INPS**



Dott. \_\_\_\_\_

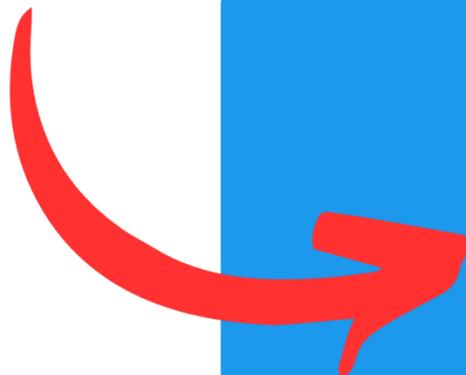
Modena 26/01/15

**COPIA PER L'INPS**

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al  
Sig. \_\_\_\_\_ (CF: \_\_\_\_\_), residente in Via  
\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_.

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si formulava diagnosi di  
\_\_\_\_\_ e si assegnava prognosi dal 14/01/15 al  
17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi  
con il centro Medico-Legale dell'INPS



**NUOVO  
CERTIFICATO:  
COPIA PER IL  
DATORE DI  
LAVORO**



Dott. \_\_\_\_\_

Modena 26/01/15

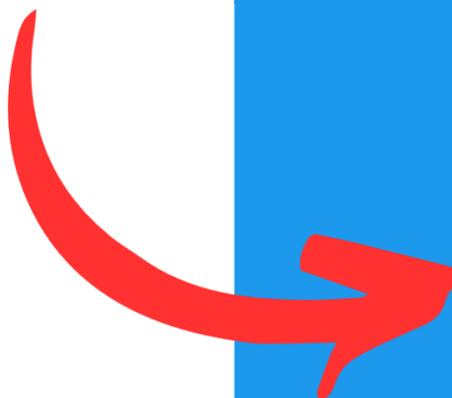
**COPIA PER IL DATORE DI LAVORO**

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al  
Sig. \_\_\_\_\_ (CF: \_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si assegnava prognosi dal  
14/01/15 al 17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi  
con il centro Medico-Legale dell'INPS





# CERTIFICATO DI ATTIVITÀ 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.





# CERTIFICATO DI ATTIVITÀ 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 ATTIVITÀ 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.



# CERTIFICATO DI ATTIVITÀ 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

# CERTIFICATO DI ATTIVITÀ LUDICO MOTORIA



Dr.  
Medico Chirurgo  
Tel.

li / /20

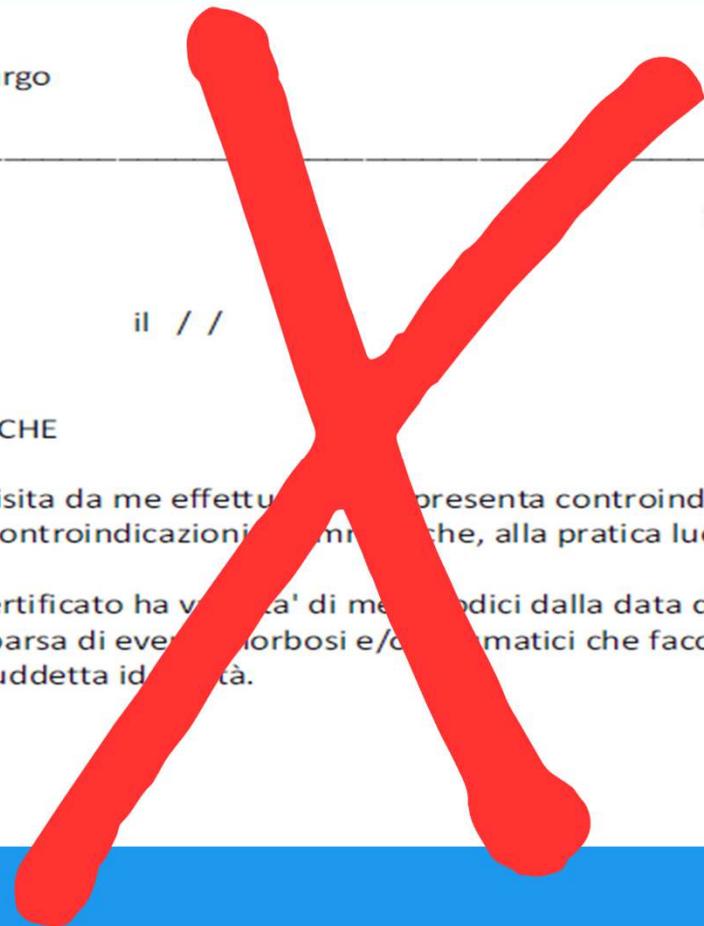
il Sig.  
nato a il / /  
residente in

SI CERTIFICA CHE

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

Il presente certificato ha validità 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

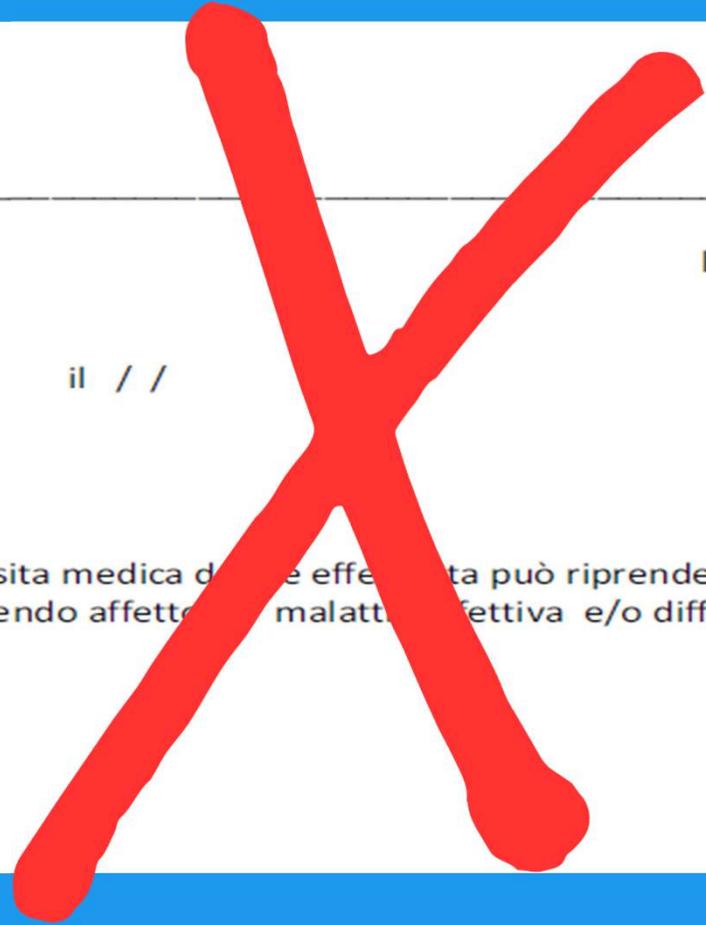
il Sig.  
nato a il / /  
residente in

SI CERTIFICA CHE

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

/ /20 .

In fede



**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

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

# CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE



**INPS** Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. C (certificato medico)

**Certificato medico**

NUMERO CERTIFICATO: 123456

COGNOME: PINCO NOME: PALLINO

SESSO: M CODICE FISCALE: PNCPL84H15C154Y

NATO/A IL GIORNO: 16/04/1984 A: RC/VIG0 PROCV: FO

CODICE TESSERA SANITARIA: 987

ASL DI APPARTENENZA: 15010

Anamnesi  
ANAMNESI

Oggettività  
OGGETTIVITA'

Diagnosi



# CERTIFICATO **INAIL**: CONTINUAZIONE E CHIUSURA



**INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE** N. FASCICOLO

APPORRE ETICHETTA  
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: IND  AGR

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

**QUADRO A**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COD. INFORMATICO \_\_\_\_\_ COD. USL \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Numero Conto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Descrizione della causa e circostanze dell'infortunio \_\_\_\_\_

RESERVATO 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 ai sensi art. 28 della Legge 303/02 \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbro \_\_\_\_\_

Data e firma dell'infortunato \_\_\_\_\_

**QUADRO B**

**CERTIFICATO MEDICO** PRIMO  CONTINUATIVO  DEFINITIVO

Indirizzo Casella e codice \_\_\_\_\_

Ho dichiarato di aver abbandonato il lavoro il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREESISTENTI RIFERITI O CONSTATATI \_\_\_\_\_

ESAME OGGETTIVO E DIAGNOSI \_\_\_\_\_

REPERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI \_\_\_\_\_

PROGNOSI inabilità temporanea al lavoro (art. 68 e 213 T.U. 1124/85) periodo di cura \_\_\_\_\_

per giorni \_\_\_\_\_ riprende lavoro il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NO  SI  in presenza inabilità permanente NO  SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Ricovero ospedaliero  NO  SI  se SI, presso \_\_\_\_\_

ESAMI SPECIALISTICI \_\_\_\_\_

Controfirmare il medico o del proprio assistente \_\_\_\_\_ Luogo e data del rilascio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO per l'invio non usare su questo verso.

**QUADRO C**

Si è reso di riguardo?  NO  SI  eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

TIMBRO DI APPRIVO \_\_\_\_\_

RESERVATO INAIL

VISTO DAL MEDICO  NO  SI  DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_



# CERTIFICATO **INAIL**: CONTINUAZIONE E CHIUSURA



N. FASCICOLO

**INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE**

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 \_\_\_\_\_

Residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COD. ISTAT \_\_\_\_\_ COD. USL \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ in (Comune) \_\_\_\_\_ Numero Civico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



# CERTIFICATO **INAIL**: CONTINUAZIONE E CHIUSURA



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

# CERTIFICATO **INAIL**: CONTINUAZIONE E CHIUSURA

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



[modena@postacert.inail.it](mailto:modena@postacert.inail.it)



# CERTIFICATO INAIL



**LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. (18G00172) (GU Serie Generale n.302 del 31-12-2018 - Suppl. Ordinario n. 62) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/01/2019,**

“526. Per l’attività di compilazione e trasmissione per via Telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie competenti del Servizio sanitario nazionale, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale di cui all’articolo 53 del Testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 Giugno 1965, n. 1124, l’INAIL, a decorrere dal 1° gennaio 2019, trasferisce annualmente al Fondo sanitario nazionale l’importo di Euro 25.000.000, mediante versamento all’entrata del bilancio dello Stato e successiva riassegnazione alla spesa, da ripartire tra le Regioni e le province autonome in sede di predisposizione della Proposta di riparto della quota indistinta delle risorse relative al Fabbisogno standard nazionale. Per gli anni successivi al 2019, tale Importo è maggiorato del tasso di inflazione programmato dal Governo.

527. Quota parte dei trasferimenti dell’INAIL, di cui al comma 526, determinata con intesa in sede di Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga a quanto disposto dal comma 2 dell’articolo 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, implementa, per il Personale dipendente del Servizio sanitario regionale, direttamente i Fondi di ciascuna azienda o ente per la contrattazione decentrata Integrativa.

528. Quota parte dei trasferimenti dell’INAIL, di cui al comma 526, determinata con intesa in sede di Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ha destinazione vincolata al fondo destinato per i Rinnovi contrattuali della medicina convenzionata incrementando la Quota capitaria riconosciuta per assistito al medico di medicina Generale.

529. L’importo di cui al comma 526 può essere rivisto ogni due anni sulla base dell’incremento della percentuale del rapporto tra il numero dei certificati compilati e trasmessi telematicamente all’INAIL e gli infortuni e le malattie professionali denunciati nel Biennio di riferimento rispetto a quello precedente. Il trasferimento a carico dell’INAIL per effetto degli aggiornamenti periodici legati all’incremento percentuale del rapporto tra il numero dei certificati compilati e trasmessi telematicamente all’INAIL e gli infortuni e le Malattie professionali denunciati non può comunque superare l’importo di cui al comma 526 maggiorato del 20 per cento al netto della rivalutazione per il tasso programmato d’inflazione.

**530. ~~Nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio dei certificati medici di infortunio o malattia Professionale.~~**

# CERTIFICATO INAIL



## INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE TERRITORIALE  
MODENA

### INFORTUNIO SUL LAVORO

#### COSA FARE ?

1. **Consegnare immediatamente una copia del certificato al proprio Datore di Lavoro**
2. **Controllare la prognosi (giorni)**

- **PROGNOSI da 0 a 3 giorni**

Non è necessario recarsi ad alcun controllo medico (salvo complicanze legate all'infortunio stesso): la pratica verrà chiusa automaticamente

- **PROGNOSI superiore a 3 giorni**

- ✓ **Prioritariamente necessario fissare appuntamento prima della scadenza della prognosi** per visita medica **con il Centro Medico Legale INAIL** in Via Cesare COSTA n° 29/31 a Modena con una delle due seguenti modalità:

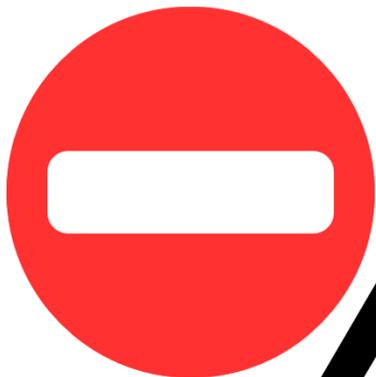
- Chiamando il 059 88 44 93 (diretto) munito di codice fiscale **ESCLUSIVAMENTE dalle ore 10:30 alle ore 13:00**
- Inviare mail: **modena-prenotazionivisite@inail.it** inserendo codice fiscale

oppure

- ✓ Rivolgersi al proprio **Medico di Famiglia** per la redazione della certificazione medica di continuazione o definizione del caso

- ✓ Per gli **STUDENTI**: non occorre recarsi all'INAIL perché la relativa certificazione medica sono a carico del Medico di Famiglia. L'INAIL provvederà ad autonome verifiche solo se risultassero residuali postumi

Le indicazioni di cui sopra sono per i domiciliati nella provincia di Modena.  
Diversamente, per i domiciliati FUORI PROVINCIA, si ricorda che è necessario rivolgersi alla sede INAIL competente per la trattazione del caso ovvero quella presso cui l'infortunato ha stabilito il proprio domicilio.



## 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 diversità, per mancanza di frequenza

### CERTIFICATI A PAGAMENTO: 40 Euro

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

### CERTIFICATI A PAGAMENTO: 50 Euro SOGGETTI AD IVA

#### 1. Euro 40 + IVA al 22% = 48,8 Euro

- Per lista 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

# In caso di sostituzione

## L'ORDINE RILASCIAM

- **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.

# Grazie per l'attenzione

**DOTT.SSA LETIZIA ANGELI**

Consigliere Segretario OMCeO Modena

