INAIL

COMUNE DI GALLODORO
Prot. n. 867 Cat. ___ Fasc. ___
Data 15 MAR. 2017

Mod. 1 SS

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☐ PRIMO ☒ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome: ROMEO
Nome: PAOLO SANTINO
Sesso M/F: M
Nato a (Comune): SALLODORO
Prov.: ME
GG: 01 / MM: 11 / AAAA: 1963
Nazionalità: ITAL
Residente a (Comune): SALLODORO
Prov.: ME
CAP: 98030
Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA DELLA LIBERTA'
N. civico: 3 /
Codice ISTAT:
Codice ASL: ME205
Codice Fiscale: RMOPSN63S01D8850
L'EVENTO È AVVENUTO IL GG 16 / MM 02 / AAAA 2017
in (Comune o Stato Estero): PALERMO

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale: ROMEO PAOLO SANTINO
Indirizzo (via, piazza, ecc.): VIA DELLA LIBERTA'
N. civico: 3 /
Comune: GALLODORO

Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Artigianato ☒ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi o Terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale (mansione):

Attività lavorative precedentemente svolte:

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio:

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG 18 / MM 02 / AAAA 2017 alle ore 11 30

Data GG 15 / MM 03 / AAAA 2017

Firma dell'assicurato [signature]

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG 15 / MM 03 / AAAA 2017 fino a tutto il GG 03 / MM 04 / AAAA 2017

Luogo: S. TERESA DI RIVA

Data di rilascio GG 15 / MM 03 / AAAA 2017