

**RAPPORTO MEDICO IN CASO DI INABILITÀ AL LAVORO
(MALATTIA, MATERNITÀ, INFORTUNIO SUL LAVORO, MALATTIA PROFESSIONALE)**

*Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 19, paragrafo 1, lettera b); articolo 22, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettera b).ii; paragrafo 1, lettera c).ii; articolo 25, paragrafo 1, lettera b); articolo 52, lettera b); articolo 55, paragrafo 1, lettera a).ii; paragrafo 1, lettere b).ii e c).ii
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 18, paragrafi 2 e 3; articolo 24; articolo 26, paragrafi 5 e 7; articolo 61, paragrafi 2 e 3; articolo 64; articolo 65, paragrafi 2 e 4*

Da compilare a cura del medico dell'istituzione che redige il modulo E 115 e che deve essere allegato a tale modulo, in busta chiusa, se trattasi di un caso di malattia o di maternità ⁽²⁾.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. È costituito da 3 pagine.

1.	Istituzione competente destinataria
1.1	Denominazione:
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:
1.3	Indirizzo:
1.4	Riferimento: nostro modulo E 116 del (data)

2. Accluso ad un modulo E 115 del (data)

3.	La persona interessata
3.1	Cognome(i) ⁽³⁾ :
3.2	Cognome da nubile (se diverso):
3.3	Nome(i): Data di nascita:
3.4	Indirizzo nel paese di residenza o di dimora:
3.5	Numero di identificazione personale:

4. Il sottoscritto, dottore in medicina,
dopo aver esaminato la persona sopra menzionata
il

4.1 ritiene che si tratta di
 un caso di malattia un caso di maternità (data probabile del parto:))

4.2 ritiene che si tratta probabilmente di
 un infortunio sul lavoro una malattia professionale un incidente

4.3 una ricaduta o aggravamento

A. Rapporto generale

5. Da compilare in tutti i casi

5.1 Anamnesi medica e sintomi attuali :

5.2 Esame clinico:

5.3 Altre osservazioni:

5.4 Esami speciali ⁽⁴⁾:

5.5 Diagnosi:

5.6 Conclusioni:

5.7 L'inabilità al lavoro non è riconosciuta

5.8 L'inabilità al lavoro è riconosciuta a decorrere
dal al

5.9 La persona interessata è riconosciuto in parte inabile al lavoro per
(..... %) dal al ⁽⁵⁾

5.10 La persona interessata sarà sottoposta ad un ulteriore controllo medico il

5.11 La persona interessata è in grado di lavorare dal

B. Rapporti in caso di infortunio sul lavoro

6. Primo rapporto medico

6.1 L'infortunio ha provocato le seguenti lesioni ⁽⁶⁾:

6.2 Tali lesioni hanno avuto avranno come conseguenza ⁽⁷⁾

6.3 L'inabilità al lavoro ha avuto inizio il

6.4 La persona infortunata è curata
 al proprio domicilio presso l'ambulatorio medico
 in ospedale altrove

Indirizzo ⁽⁸⁾:

7. Ultimo rapporto medico

- 7.1 Il trattamento si è concluso il:
- 7.2 Le lesioni si sono stabilizzate il:
- 7.3 con una guarigione completa
- 7.4 ed avranno presumibilmente come conseguenza:
.....
.....
.....
- 7.5 Descrizione particolareggiata dello stato della persona infortunata dopo la guarigione o la fine del trattamento medico:
.....
.....
.....
.....

8. Istituzione del luogo di residenza o di dimora

- 8.1 Denominazione:
- 8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:
- 8.3 Indirizzo:
- 8.4 Timbro
- 8.5 Data:
- 8.6 Firma:

NOTE

- (1) Sigla del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Il modulo E 116 non è richiesto per domande di prestazioni di maternità erogabili in Belgio. *Per il Belgio, si deve sempre trasmettere il presente modulo dapprima all'istituzione competente belga in materia di assicurazione malattia. Per la Repubblica ceca, il Liechtenstein, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia, il modulo è compilato dal medico curante della persona interessata e verificato dall'ente assicurativo.*
- (3) Indicare le generalità complete nell'ordine dello stato civile.
- (4) Indicare il tipo di esame e la data.
- (5) Qualora la richiesta provenga dalla Norvegia.
- (6) Indicare il genere e la natura delle lesioni e le parti del corpo lese: frattura del braccio, contusione alla testa, alle dita, lesioni interne, asfissia, ecc.
- (7) Indicare le conseguenze certe o presunte delle lesioni constatate: morte, inabilità permanente o temporanea, totale o parziale; in caso di inabilità temporanea, verificarne la durata presunta.
- (8) Ove le cure siano dispensate in ospedale, indicare anche la denominazione dell'ospedale stesso.