

Spett.le  
**INARCASSA**  
 DIREZIONE ATTIVITA' ISTITUZIONALI  
 Ufficio Assistenza agli Iscritti  
 Via Salaria, 229 - 00199 Roma

**CERTIFICATO MEDICO per inabilità professionale temporanea assoluta**  
**a valenza medico legale da redigere a cura di medico di Struttura Pubblica o medico ASL**  
 da allegare alla domanda di inabilità in caso di prima istanza o di continuazione del periodo di prognosi.

**NOTA BENE.** L'indennità è riconosciuta SOLO in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale per un **periodo superiore a 40 giorni**. Le casistiche rientranti in copertura sono pubblicate sul sito [www.Inarcassa.it](http://www.Inarcassa.it), alla voce Assistenza/Indennità per inabilità temporanea – **Nota operativa n. 3/2016.**

**PRIMA ISTANZA**

**CONTINUAZIONE**

Io sottoscritt_ Dott.										
Codice Fiscale										
N. Iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi _____										
Con studio in (Via, Piazza) _____ n. civico _____										
Cap _____ Città _____ Prov. _____										
Telefono _____ cellulare _____ e-mail _____										

**CERTIFICO CHE**

L' Ing. <input type="checkbox"/> Arch. <input type="checkbox"/>										
Codice Fiscale/Tessera sanitaria										
Nat_ _____ il _____ a _____ Prov. _____										
Residente in (Via, Piazza) _____ n. civico _____										
Cap _____ Città _____ Prov. _____										

è affetto dalla seguente **malattia** (diagnosi clinica dettagliata)

\_\_\_\_\_

insorta in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipologia della malattia:

- NEOPLASTICA
- CARDIACA (ima, valvulopatia, etc.)
- VASCOLARE (aneurisma aorta)
- REUMATICA-IMMUNOLOGICA
- APPARATO RESPIRATORIO
- OSTEODEGENERATIVA (coxartrosi, etc.)
- NEURODEGENERATIVA (sclerosi multipla, etc.)
- SENSIORIALE VISIVA (distacco retina, neurite ottica, etc.)
- ALTRO

**Attenzione:** il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo [protocollo@pec.inarcassa.org](mailto:protocollo@pec.inarcassa.org), per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

ha subito la seguente lesione da **infortunio** (diagnosi clinica dettagliata)

verificatosi in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipologia dell'infortunio:

- FRATTURA ARTO SUPERIORE DOMINANTE
- FRATTURA ARTO SUPERIORE NON DOMINANTE
- FRATTURA ARTO INFERIORE
- FRATTURA CINGOLO E COSTE
- FRATTURA COLONNA VERTEBRALE
- FRATTURA BACINO
- POLIFRATTURATIVO
- TRAUMA CRANICO
- LESIONI VISCERALI ENDOTORACICHE – ADDOMINALI
- ALTRA PATOLOGIA

La lesione/malattia ha interessato l'arto superiore dominante

- SI    NO

**Anamnesi patologica rilevante ai presenti fini:**

---



---



---

**Obiettività attuale (E.O. generale e/o locale) rilevante ai presenti fini:**

---



---



---



---

**DIAGNOSI CLINICA ATTUALE:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**DIAGNOSI DI INABILITA' PROFESSIONALE TEMPORAEANA ASSOLUTA**

Consapevole delle proprie responsabilità penali e personali derivanti da false dichiarazioni di uno stato di malattia o handicap rese ai sensi di legge

**CERTIFICO CHE**

il professionista, in relazione alla specifica attività dichiarata nel modulo di domanda, è **temporaneamente e totalmente inabile** a svolgere la libera professione di ingegnere ed architetto **per un periodo superiore a 40 giorni** in quanto versa nella condizione di incapacità assoluta e totale che **impedisce** di fatto lo **svolgimento temporaneo di ogni compito e funzione della propria attività professionale.**

Pertanto, **il periodo di inabilità** professionale temporanea **ASSOLUTA** e **TOTALE** decorre:

dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fino a tutto il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NUMERO GIORNI DI RICOVERO IN STRUTTURA PUBBLICA \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE**

**(al momento della domanda o successivamente appena disponibile)**

Al fine di procedere alla disamina dell'istanza è obbligatorio trasmettere **copia** della certificazione medica rilasciata da struttura pubblica o ospedaliera o presidio ASL da cui si evinca la natura dell'infortunio o della malattia con relativa prognosi.

- **referto di Pronto Soccorso** e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- referti di **controlli clinici e/o strumentali successivi** all'evento effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura;
- ogni altro documento sanitario ritenuto utile.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

In fede

**Timbro e firma del medico**