

## SCHEDA INFORMATIVA

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO DAL: \_\_\_\_\_

IN CONGEDO DAL: \_\_\_\_\_

### **PER PATOLOGIE TRAUMATICHE (Infortuni in servizio ed itinere)**

1) In caso di trauma in servizio precisare la compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio:

---

---

---

---

2) In caso di incidente " in itinere" oltre alla compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio, inviare inoltre copia del rapporto dell'organo di polizia intervenuto e gli atti definitivi eventualmente adottati dall'Autorità Giudiziaria:

---

---

---

---

**N.B. per patologie traumatiche non è necessario compilare i quadri successivi**

## **PER PATOLOGIE NON TRAUMATICHE**

**quadro A)** Specificare in modo dettagliato l'incarico principale e le attività svolte effettivamente dal dipendente. Per ogni tipo di incarico (anche secondario ed ulteriore) vanno precisate dettagliatamente le mansioni svolte e le caratteristiche del servizio.

1) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

2) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

3) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

4) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

**Quadro B)** Descrivere in modo particolareggiato le condizioni dell'ambiente di lavoro, precisando la durata e le modalità secondo lo schema sottoindicato:

1) Attività svolte all'interno    NO

SI                      Specificare quali:

---

---

2) Attività svolte all'esterno NO

SI Specificare quali:

---

---

Precisare in particolare:

a) a bordo di autoveicoli NO

SI Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

b) a bordo di motoveicoli: NO

SI Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

c) natanti e/o velivoli: NO

SI Specificare quali \_\_\_\_\_

Specificare durata imbarco totale \_\_\_\_\_

Specificare ore aeronavigazione \_\_\_\_\_

d) altri mezzi: NO

SI Specificare quali \_\_\_\_\_

Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

3) Lavori a turni notturni (fascia oraria 22-5)

NO

SI Specificare: numero/anno \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_

4) Ore annuali medie straordinario \_\_\_\_\_

5) Descrivere situazioni lavorative in relazione con l'insorgenza della/delle denunciata/e patologia/e:

---

---

---

---

---

Patologia richiesta

Redatto questionario allegato:

INFORTUNI IN SERVIZIO

INFORTUNI IN ITINERE

PATOLOGIE DA SOVACCARICO ARTI SUPERIORI

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO COLONNA

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO

PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE

MALATTIE ONCOLOGICHE

MALATTIE PSICHIATRICHE

PATOLOGIE RESPIRATORIE

RICHIESTA RIESAME

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

luogo e data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO - ALLEGATO A**

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

**IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO, PATOLOGIE  
CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE (es. Gastriti, Coliti ecc)**

*Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base*

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SULL'ATTIVITA' DI SERVIZIO SVOLTA DAL RICHIEDENTE**

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**A) responsabilità**

attività di servizio ordinaria con compiti esecutivi

attività di servizio ordinaria con minima autonomia decisionale

attività di servizio con autonomia decisionale moderata

attività di servizio con autonomia decisionale di grado elevato

attività di servizio con autonomia decisionale di grado molto elevato

specificare:

---

---

---

---

---

**B) operatività**

modesta o nulla attività operativa

discreta attività operativa

notevole attività operativa

attività ad elevatissima valenza operativa (reparti speciali, sommoergibilisti ecc.) con  
frequente impiego in missioni all'estero o attività equiparabile

specificare:

---

---

---

---

---

C) turnazioni (indicare il numero di turni nella fascia oraria da mezzanotte alle 5 del mattino)

assenza di turnazioni notturne

sporadiche turnazioni notturne

turnazioni notturne in numero di 20/anno

turnazioni notturne in numero di 40/anno

turnazioni notturne per almeno ottanta giorni lavorativi all'anno ai sensi del D.Lgs. n. 66/2003 per un periodo superiore ai due anni ma inferiore a 5 anni

turnazioni notturne per almeno ottanta giorni lavorativi all'anno ai sensi del D.Lgs. n. 66/2003 per un periodo superiore ai 5 anni

specificare:

---

---

---

---

---

D) missioni all'estero o attività equiparabile

nessuna missione

missioni all'estero o attività equiparabile in misura inferiore a 3

missioni all'estero o attività equiparabile in numero pari o superiore a 3

missioni all'estero o attività equiparabile in numero pari o superiore a 5

specificare:

---

---

---

---

---

E) ulteriori elementi

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO - ALLEGATO B**

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

**PATOLOGIE DISCALI ED ARTOSICHE DELLA COLONNA VERTEBRALE**

*Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base*

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

**MANSIONE**

- MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (compreso utilizzo degli equipaggiamenti individuali)

PESO MEDIO MOVIMENTATO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

VIBRAZIONI E SCUOTIMENTI TRASMESSI AL CORPO INTERO (Servizio su automezzi, mezzi

meccanici, natanti, aeromobili) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

SORVEGLIANZA SANITARIA A CARICO DEL RICHIEDENTE EX TITOLO VI E TITOLO VIII D.LGS 81/08

PRESENTE

ASSENTE

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO - ALLEGATO C**

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

**PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI**

*Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base*

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

ATTIVITA'

- MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (compreso l'utilizzo degli equipaggiamenti individuali)

PESO MEDIO MOVIMENTATO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

- VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

- SOVRACCARICO BIOMECCANICO PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI, MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

SORVEGLIANZA SANITARIA A CARICO DEL RICHIEDENTE EX TITOLO VI E TITOLO VIII D.LGS 81/08

PRESENTE

ASSENTE

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE  
\_\_\_\_\_



**ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO - ALLEGATO D**

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

**PATOLOGIE ONCOLOGICHE**

*Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base*

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

Mansione 1)

Attività svolta (breve descrizione)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo (indicare con il codice: 1 = sostanza, 2 = preparato, 3 = sistemi, preparati e procedure)

1

2

3

Agenti chimici \_\_\_\_\_

N. CAS (riportare il numero corrispondente all'agente) \_\_\_\_\_

Valore (riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metodo riportare i metodi di campionamento e analisi adottati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tempo di esposizione (giorni/anno):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data inizio esposizione \_\_\_\_\_

Data fine esposizione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> (1) - Ove la misurazione non fosse tecnicamente possibile indicare i quantitativi annuali di agenti chimici utilizzati o prodotti durante l'attività svolta.

Mansione 2)

Attività svolta (brevedescrizione):

---

---

---

---

Tipo (indicare con il codice: 1 = sostanza, 2 = preparato, 3 = sistemi, preparati e procedure)

1

2

3

Agenti chimici \_\_\_\_\_

N. CAS (riportare il numero corrispondente all'agente) \_\_\_\_\_

Valore (riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio<sup>2</sup>)

---

---

---

Metodo riportare i metodi di campionamento e analisi adottati

---

---

---

Tempo di esposizione (giorni/anno):

---

---

---

Data inizio esposizione \_\_\_\_\_

Data fine esposizione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

---

---

<sup>2</sup> (2) - Ove la misurazione non fosse tecnicamente possibile indicare i quantitativi annuali di agenti chimici utilizzati o prodotti durante l'attività svolta.