

Spett.le  
**INARCASSA**  
 DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI  
 Ufficio Prestazioni Assistenziali  
 Professionisti  
 Via Salaria, 229 - 00199 Roma  
[protocollo@pec.inarcassa.org](mailto:protocollo@pec.inarcassa.org)

**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					

A seguito della visita effettuata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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.)
- SENSORIALE 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:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**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

**DIAGNOSI DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA**

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

**CERTIFICO, IN BASE ALLA VISITA EFFETTUATA IN DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CHE**

il professionista, in relazione alla specifica attività dichiarata nel corso della visita e prevista nel modulo di domanda, è **temporaneamente e totalmente inabile** a svolgere la libera professione di ingegnere e/o 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**

**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, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211