

**ALLA AZIENDA USL UMBRIA1  
UOC PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO  
VIA**

**ALLA DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO  
VIA PALERMO – PERUGIA**

**ALL'INAIL  
VIA GB PONTANI – PERUGIA**

**Oggetto: denuncia di malattia professionale DM 27/4/2004 (art.139 DPR 1124/65 cm dal DLvo 38/00)**

**Il sottoscritto Dott:**

**Residente in:**

**Recapito telefonico:**

**e-mail:**

**in qualità di medico: Competente Ospedaliero Patronato Inail Famiglia PSAL**

**altro:**

**Dichiara di aver formulato a carico di :**

**Sesso: M F Nato a il**

**Residente a:**

**Attualmente addetto ad attività/mansioni di:**

**Presso l'Azienda:**

**Sita in:**

**Esercente attività di:**

**La seguente diagnosi di malattia professionale / sospetta malattia professionale:**

**Lista n. Gruppo n. Codice Identificativo n.**

**La malattia è da ricondurre alla/e seguente/i lavorazione/i:**

**ed ai seguenti fattori di rischio ad essa/e connessi:**

**Altre notizie utili:**

**Allegati:**

**Data**

**Firma del sanitario**