

Modulo Referto ex art 365 c.p.

**Al Pubblico Ministero
presso la Procura della Repubblica
di**

Oggetto: Referto all'Autorità Giudiziaria ex art. 365 c.p.

Lavoratore

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

Attualmente dipendente presso _____

Sede legale _____ Via _____ n. _____

Mansione _____

Data cessazione rapporto di lavoro _____

Luogo in cui si è determinata la malattia professionale: _____

Data in cui si è diagnosticata la malattia professionale: _____

Mezzo con cui è stata prodotta la malattia professionale: _____

Modalità con cui si è prodotta la lesione o la malattia professionale (ove nota): _____

Diagnosi: _____

Prognosi: _____

Eventuale ricovero presso _____

Data di decesso _____

Data e luogo di rilascio _____

Nome e Cognome del sanitario _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

Firma e timbro del sanitario