



Notifica LAM		<input type="checkbox"/> malattia	<input type="checkbox"/> infortunio	<input type="checkbox"/> ricaduta/postumo tardivo	<input type="checkbox"/> lesione dentaria	<input type="checkbox"/> maternità
► Compilato da		<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> assicurato	<input type="checkbox"/> datore di lavoro	<input type="checkbox"/> altro:	
► Indicazioni dell'assicurato						
1. N. di assicurato (se conosciuto):	2. N. di assicurazione sociale:	3. Data di nascita / Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
4. Cognome:	5. Nome:	6. E-Mail:				
7. Via e n.:	8. NPA:	9. Domicilio:				
10. N. tel. cellulare:	11. N. tel. privato:	12. N. tel. ufficio:				
13. Condizione professionale: <input type="checkbox"/> impiegato/a <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa <input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> in formazione/perfezionamento						
14. Attività professionale attuale: 15. Datore di lavoro: (nome risp. NPA Luogo)						
16. Categoria di assicurato: <input type="checkbox"/> militare <input type="checkbox"/> protezione civile <input type="checkbox"/> servizio civile <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> altro genere:						
17. Genere di servizio		Data di inizio	-	data ordinaria di fineanti	Licenziamento anticipato: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì data:	
18. In caso di malattia: inizio e decorso, parti del corpo interessate (destra / sinistra)						
19. In caso di infortunio: dinamica esatta, tipo di lesione, parti del corpo interessate (destra / sinistra)						
20. Luogo dell'infortunio:		21. Data dell'infortunio:		22. Ora dell'infortunio:		
23. Momento dell'infortunio: <input type="checkbox"/> durante il servizio <input type="checkbox"/> in libera uscita/nel tempo libero <input type="checkbox"/> in congedo <input type="checkbox"/> durante il percorso di andata o di ritorno						
24. Rapporto di polizia: <input type="checkbox"/> polizia civile <input type="checkbox"/> polizia militare <input type="checkbox"/> nessun rapporto di polizia						
25. Notifica dell'affezione: <input type="checkbox"/> all'inizio del servizio (interrogazione sanitaria) <input type="checkbox"/> durante il servizio <input type="checkbox"/> dopo il servizio						
► Indicazioni del medico curante (da compilarsi a cura del medico)						
26. Data della 1a consultazione:						
27. Diagnosi:						
28. Anamnesi (affezione attuale, eventuali malattie o infortuni precedenti di natura uguale o simile):						
29. Misure terapeutiche:						
30. Cure mediche concluse? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì		Medico o ospedale successivo:				
31. Incapacità al lavoro: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì		Se sì, da quando?	Fino a quando?	Grado dell'incapacità al lavoro: %		
		Durata presumibile:	<input type="checkbox"/> più di 8 sett. in caso di incidente	<input type="checkbox"/> più di 4 sett. in caso di malattia		
32. Incapacità al lavoro valutata per l'attività di:						
33. Medico curante: (Cognome Nome risp. Via, NPA Domicilio)						
				Tel.:	GLN:	
				Fax:	RCC:	
34. Osservazioni:						

Data: _____

Firma: _____
superflua in caso di invio elettronico**Invio elettronico**

Il bottone «Inviare i dati» permette l'invio elettronico dei dati alla Assicurazione militare.