

**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