

inviato a posta certificata
il 13/03/2015

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

SEDE DI BARI

CITTÀ DI MODUGNO	
Prot. N.	1605
13 MAR 2015	
Cat.	Cla.
Fasc.	Sottofasc.

All'Inail Sede Di Bari
Lre Trieste, 29
70126 Bari

La sottoscritta Ditta COMUNE DI MODUGNO
Con sede in MODUGNO (BA) via PIAZZA DEL POPOLO, N. 16
Avente Posizione Assicurativa INAIL n. 70106123/47
Dichiara che il Sig. DEBENEDICTIS GIUSEPPE
Nato il 05/11/1960 a MODUGNO (BA), alle proprie dipendenze dal
21/11/1979 con qualifica di ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO
Iscritto al N. 28 del libro matricola, si è assentato dal lavoro
Il giorno 11/03/2015 per INVITO PER VISITA PER ACCERTAMENTO MP

Si dichiara, altresì, che:

- a) lo stesso avrebbe dovuto osservare il seguente orario di lavoro: dalle ore 08:00 alle ore 14:00;
- b) Che la paga oraria/giornaliera è di € 11,26 #
- c) Che nel corso del predetto giorno non è stato ~~è stato~~ riammesso al lavoro dalle ore 08:00 alle ore 14:00;
- d) che non si è assentato dal lavoro per ferie, malattia, o altro motivo;

Consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci, in fede.

13/03/2015
Data



IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO
(D.ssa Beatrice MAGGIO)

Timbro e firma della Ditta

BARI, 26/02/2015

Malattia professionale N. 513437533 del 11/12/2014

DEBENEDICTIS GIUSEPPE
VIA SAN FRANCESCO D'ASSISI 81B
70026 - MODUGNO - BA

OGGETTO: Invito per Visita per accertamento MP

Il giorno 11/03/2015, alle ore 09:00, è pregato di presentarsi presso il nostro ambulatorio, in Corso Trieste 29 - 70126 - BARI (BA) per effettuare quanto segue:

Visita Medicina del lavoro

Presentarsi a visita muniti di un documento di riconoscimento valido.

Note:

Si presenti a visita medica con tutta la documentazione sanitaria in Suo possesso in **ORIGINALE** relativa alla tecnopatia denunciata **E IN FOTOCOPIA DA RILASCIARE PRESSO I NOSTRI AMBULATORI**.

In caso fosse impossibilitato a presentarsi, ne dia comunicazione telefonicamente al numero 080/5436399 oppure invii via fax documentazione giustificativa dell'assenza al numero 0622798094 oppure invii una mail a: bari-cml@inail.it .

Il medico responsabile

Avvertenza: per eventuale rimborso delle spese di viaggio e ore/giornate lavorative perse rivolgersi all'area amministrativa di sede.

BARI, 26/02/2015



0002 INLP0015791004877100
PUP502ED7750010002 01 M102
22343403 MDA10513000667
61 3 DC00S1352 H

DEBENEDICTIS GIUSEPPE
VIA SAN FRANCESCO D'ASSISI 8/B
70026 MODUGNO BA

Oggetto: INVITO PER VISITA PER ACCERTAMENTO MP

INFERMIERA
MADDALENA CAZZATO



NOTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE
(da inviare subito al datore di lavoro)

Ovvero l'infortunio o la malattia professionale abbia per conseguenza la morte o l'inabilità al lavoro per più di tre giorni, la presente notificazione dovrà essere inviata al datore di lavoro in due copie. Tale notificazione, quando occorre, potrà essere utilizzata per la segnalazione all'Autorità di P.S.

Assicurato DE BENEDECTIS GIUSEPPE
(cognome) (nome)

Luogo e data di nascita RODUGNO 5/11/60
codice USL (1)

Datore di lavoro

Indirizzo
(del datore di lavoro)

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P.

Cause e circostanze dichiarate dall'assicurato

Diagnosi (indicare se di certezza o di probabilità)

A NOSTRA DISPOSIZIONE IN DATA ODIERNA

Se è stato disposto ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità { determina inabilità al lavoro? per quanti giorni?
è cessata e l'assicurato può riprendere il lavoro il giorno

Si avverte il datore di lavoro che il certificato medico da allegare, a norma di legge, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale è stato direttamente inviato, dal sottoscritto, all'INAIL.
Pertanto, in luogo di detto certificato, alla denuncia di infortunio o di malattia professionale che il datore di lavoro deve trasmettere all'INAIL ai sensi dell'art. 33 del T.U. emanato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, dovrà essere unita una copia della PRESENTE NOTIFICAZIONE.

(1) Indicare la provincia e il numero della USL di appartenenza.

11/03/2015

Mod. 1/bis - S.S. TP. INAIL - 14,8x21

IL MEDICO

INAIL SEDE BARI
Lungomare Trieste, 29 - 70126 B A R I
Tel. 080.5438111 - Fax 080.5436233

PEC

Da: PEC <p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it>
Inviato: venerdì 13 marzo 2015 10:02
A: bari@postacert.inail.it
Oggetto: visita medica per accertamento malattia professionale- dipendente DEBENEDICTIS Giuseppe, n.5/11/1960.
Allegati: MX-M753U_20150313_100217.pdf; MX-M753U_20150313_100247.pdf; MX-M753U_20150313_100306.pdf

Si trasmette in allegato dichiarazione del Responsabile del Servizio Personale, dell'assenza del dipendente di cui in oggetto, per visita presso codesto Istituto effettuata in data 11/03/2015.

Distinti saluti

Il Responsabile del Servizio Personale
Dr.ssa Beatrice Maggio

PEC

Da: posta-certificata@telecompost.it
Inviato: venerdì 13 marzo 2015 10:02
A: p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it
Oggetto: CONSEGNA: visita medica per accertamento malattia professionale- dipendente DEBENEDICTIS Giuseppe, n.5/11/1960.
Allegati: postacert.eml (1,03 MB); daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@telecompost.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 13/03/2015 alle ore 10:02:07 (+0100) il messaggio

"visita medica per accertamento malattia professionale- dipendente DEBENEDICTIS Giuseppe, n.5/11/1960."

proveniente da "p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"

ed indirizzato a: "bari@postacert.inail.it"

è stato consegnato nella casella di destinazione.

Identificativo messaggio: [201503131001530100.0697.pech1@pec.rupar.puglia.it](#)

PEC

Da: Posta Certificata InnovaPuglia <posta-certificata@pec.rupar.puglia.it>
Inviato: venerdì 13 marzo 2015 10:02
A: p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it
Oggetto: ACCETTAZIONE: visita medica per accertamento malattia professionale- dipendente DEBENEDICTIS Giuseppe, n.5/11/1960.
Allegati: daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@pec.rupar.puglia.it

Ricevuta di accettazione

Il giorno 13/03/2015 alle ore 10:01:53 (+0100) il messaggio

"visita medica per accertamento malattia professionale- dipendente DEBENEDICTIS Giuseppe, n.5/11/1960."
proveniente da "p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"

ed indirizzato a:

bari@postacert.inail.it (posta certificata)

è stato accettato dal sistema ed inoltrato

Identificativo messaggio: [201503131001530100.0697.pech1@pec.rupar.puglia.it](#)

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO
Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0008206 A
Data: 23/02/2015 Ora: 12.10
Classificazione.

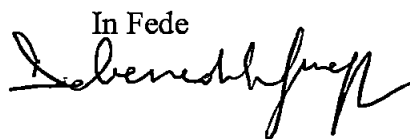
Al Comune di MODUGNO
Responsabile del Servizio 1 – Personale
S E D E

All'INAIL
Sede di Bari
CORSO TRIESTE, 29
70126 B A R I

Oggetto: Pratica di malattia professionale n. 513437533 del 11/12/2014 – Integrazione documentazione.

In riferimento alla pratica di cui all'oggetto carente di documentazione, Vi trasmetto il Mod. 5 SS bis a completamento della documentazione necessaria, come richiesto telefonicamente dal funzionario INAIL, ad integrazione della documentazione già in Vostro possesso.

Modugno, 23 febbraio 2015

In Fede


CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE
☒ PRIMO

☐ CONTINUATIVO

☐ DEFINITIVO

☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome <u>BERNARDI ETIP</u>		Nome <u>GIUSEPPE</u>		Sesso ☒ M ☐ F	
Nato a (Comune) <u>MODUGNO</u>		Prov. <u>BA</u>	GG <u>05</u>	MM <u>11</u>	AAAA <u>1960</u>
Domiciliato a (Comune) <u>MODUGNO</u>		Prov. <u>BA</u>	Cap. <u>70026</u>	Telefono <u>080 5326925</u>	
Indirizzo (via, piazza, ecc.) <u>VIA S. FRANCESCO II ACISI</u>				N. civico <u>8</u>	
Codice Istat Comune domicilio	Cod. Asl domicilio	Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9)	Codice fiscale <u>ABNRPP6050172029</u>	Attualmente in attività lavorativa ☒ SÌ ☐ NO	

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia <u>LOMBALGIA</u>
Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

La malattia è presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

☐ SÌ ☐ NO se SÌ in quale lista? ☐ Lista I ☐ Lista II ☐ Lista III

Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

 Data prima diagnosi GG 24 / MM 11 / AAAA 2014 Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG 24 / MM 11 / AAAA 2014

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

 La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? ☒ SÌ ☐ NO dal GG 24 / MM 11 / AAAA 2014 fino a tutto GG 05 / MM 12 / AAAA 2014

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome <u>FRANCESCO ANTONIO</u>		Nome <u>FRANCESCO ANTONIO</u>	
Codice fiscale del medico <u>VELFNE66P08F202N</u>		In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9) <u>Medico di famiglia</u>	
Codice Inail del medico o del presidio sanitario		Presidio sanitario	
Comune <u>Modugno</u>	Prov. <u>BA</u>	Cap. <u>70026</u>	Telefono fisso o cellulare <u>080 5320626</u>

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

 Luogo e data di rilascio Modugno 12/02/15 Timbro e firma del medico

Dott. FRANCESCO ANTONIO
 Cod. Reg. 10.828.5
 Via Giovanni XXIII N. 4
 70026 MODUGNO
 Tel. 080.5320626

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome

DEBENEDICTIS

Nome

GIUSEPPE

Datore di lavoro attuale/ultimo

dal GG 21 / MM 11 / AAAA 1979 al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

COMUNE M MODUGNO

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.)

PIAZZA DEL POPOLO

N. civico

16

Comune

MODUGNO

Prov.

BA

Cap

70026

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.)

N. civico

Comune

Prov.

Cap

 Assicurato: ☒ Dipendente ☐ Autonomo ☐ Altro Specificare

 Settore lavorativo ☐ Agricoltura, silvicoltura, e pesca ☐ Industria ☐ Artigianato ☐ Servizi ☒ Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione)

ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO - UFFICIALE STATO CIVILE

dal GG 01 / MM 12 / AAAA 2008 al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione PATOLOGIE DA SOVRACCARICO BIORECCANICO/DORSO LOMBARE

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/ lavorazione	Attività lavorativa svolta/ mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio

MODUGNO, 12/02/2015

Firma dell'assicurato

Debenedictis Giuseppe

 Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003.
Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Copia C - per il datore di lavoro - Modulo aggiornato al 10/10/2014

PEC

Da: PEC <p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it>
Inviato: giovedì 11 dicembre 2014 10:59
A: bari@postacert.inail.it
Oggetto: denuncia di malattia professionale - dipendente Debenedictis Giuseppe
Allegati: MX-M753U_20141211_111023.pdf

Si trasmette in allegato certificazione medica per riconoscimento malattia professionale del dipendente Debenedictis Giuseppe, trasmessa denuncia on line in data 11/12/2014 prot.n.84978.
Istruttore direttivo Ufficio Personale Pina Farano

PEC

Da: posta-certificata@telecompost.it
Inviato: giovedì 11 dicembre 2014 11:03
A: p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it
Oggetto: CONSEGNA: denuncia di malattia professionale - dipendente Debenedictis Giuseppe
Allegati: postacert.eml (2,40 MB); daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@telecompost.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 11/12/2014 alle ore 11:03:21 (+0100) il messaggio

"denuncia di malattia professionale - dipendente Debenedictis Giuseppe" proveniente da

"p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"

ed indirizzato a: "bari@postacert.inail.it"

è stato consegnato nella casella di destinazione.

Identificativo messaggio: [201412111103100100.0365.peca1@pec.rupar.puglia.it](#)

PEC

Da: Posta Certificata InnovaPuglia <posta-certificata@pec.rupar.puglia.it>
Inviato: giovedì 11 dicembre 2014 11:03
A: p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it
Oggetto: ACCETTAZIONE: denuncia di malattia professionale - dipendente DeBenedictis Giuseppe
Allegati: daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@pec.rupar.puglia.it

Ricevuta di accettazione

Il giorno 11/12/2014 alle ore 11:03:10 (+0100) il messaggio

"denuncia di malattia professionale - dipendente DeBenedictis Giuseppe" proveniente da
"p.farano.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"

ed indirizzato a:

bari@postacert.inail.it (posta certificata)

è stato accettato dal sistema ed inoltrato

Identificativo messaggio: 201412111103100100.0365.peca1@pec.rupar.puglia.it

INAIL
Istituto Nazionale
Assicurazione
Infortuni sul Lavoro

Denuncia di Malattia Professionale n° 84978**Ricevuta Denuncia di Malattia Professionale n° 84978**

Origine:	ON LINE	Codice Utente:	MGGBRC59T45F262U
Data Comunicazione:	11/12/2014	Ora Comunicazione:	10:29:09
Codice Ditta:	5779009	P.A.T.:	070106123
Modalità Pagamento:	Alla ditta tramite bonifico su conto corrente bancario		

Sede I.N.A.I.L.

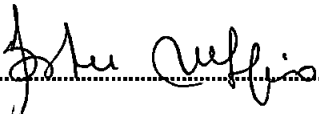
Sede:	34100-BARI (BA)
Indirizzo PEC:	BARI@POSTACERT.INAIL.IT

Autocertificazione

Il sottoscritto DICHIARA: di avere il mandato dalla Ditta all'espletamento degli adempimenti INAIL per conto ed in nome della stessa nonché alla sottoscrizione del documento informatico; di impegnarsi ad esibire il mandato su richiesta dell'Istituto; di avere la delega della Ditta al trattamento di tutti i dati nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (D.Lgs. 196/2003), e si impegna a esibirla su richiesta dell'Istituto. Si dichiara altresì che sarà disponibile per eventuali chiarimenti, qualora la Sede ne avesse bisogno, al seguente recapito:

Cognome:	MAGGIO	Nome:	BEATRICE
Indirizzo:	PIAZZA DEL POPOLO 16	Comune:	MODUGNO (BA)
E-mail:	B.MAGGIO@COMUNE.MODUGNO.BA.IT	Telefono:	0805865705

Il sottoscritto datore di lavoro, consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso di denuncia infedele, dichiara che i dati anagrafici e retributivi forniti nella presente denuncia contraddistinta dal numero sopraindicato sono rispondenti a verità

Data 11/12/2014Firma 

INAIL
Istituto Nazionale
Assicurazione
Infortuni sul Lavoro

Denuncia di Malattia Professionale n° 84978
DATORE LAVORO

Dati Datore Lavoro

Codice Ditta:	5779009	P.A.T.:	070106123
Codice Fiscale:	80017070725		
Ragione Sociale:	COMUNE DI MODUGNO		
Indirizzo:	PIAZZA DEL POPOLO 16		
Comune:	MODUGNO (BA) 70026	Nazione:	ITALIA
Località Lavori:	MODUGNO		
Lavorazione Svolta:	IMPIEGATO		
Reparto o cantiere:	AMMINISTRATIVO		

INAIL
Istituto Nazionale
Assicurazione
Infortuni sul Lavoro

Denuncia di Malattia Professionale n° 84978
DATI LAVORATORE

Dati Nascita

Cognome:	DEBENEDICTIS	Nome:	GIUSEPPE
Codice Fiscale:	DBNGPP60S05F262J	Data Nascita:	05/11/1960
Cittadinanza italiana:	SI	Sesso:	MASCHIO
Comune:	MODUGNO (BA)	Nazione:	ITALIA

Dati del Domicilio

Indirizzo:	VIA S. FRANCESCO D'ASSISI,Frazione: N. 8		
Comune:	MODUGNO (BA) 70026	ASL:	ASL BA

Dati Personali

Stato Civile:	CONIUGATO/A	Persone a carico:	SI
Parente datore lavoro:	NO	Data di Assunzione:	21/11/1979
Studente:	NO	Tutela INPS:	NO

Tipologia di Lavoro

Tipologia lavoratore:	DIPENDENTE
Tipo contratto:	INDETERMINATO A TEMPO PIENO
Settore CNEL:	AMMINISTRAZIONE PUBBLICA
Categoria CNEL:	ENTI LOCALI - REGIONI
Qualifica Assicurativa:	IMPIEGATO
Voce Professionale:	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO

INAIL
Istituto Nazionale
Assicurazione
Infortuni sul Lavoro

Denuncia di Malattia Professionale n° 84978
DATI RETRIBUTIVI LAVORATORE

Dati Retributivi

La retribuzione (paga base+contingenza+scatti anzianità,ecc) è computata su base Mensile o mensilizzata

Pari a €: 1.738,49 Durata oraria settimanale:0

Basi retributive cambiate nei 15 giorni precedenti la data dell'infortunio

Dal: Al:
Retribuzione pari a €: 0 Durata oraria settimanale:0

Elementi aggiuntivi della retribuzione riferiti ai 15 giorni precedenti l'infortunio

Lavoro straordinario:	€ 0
Somma delle indennità e maggiorazioni (mensa, trasporto,ecc.):	€ 0
Diaria o trasferta (indicare imponibile ai fini previdenziali):	€ 0
Importo delle prestazioni corrisposte in natura (vitto, alloggio,ecc.):	€ 0
Festività cadenti di domenica:	€ 0
Festività soppresse non trasformate in ferie e riposi compensativi lavorati:	€ 0

Elementi aggiuntivi a base annuale

Tredicesima mensilità:	in % 0	oppure Importo:	€ 0
Premio di produzione:	in % 0	oppure Importo:	€ 0
Altre mensilità aggiuntive:	in % 0	oppure Importo:	€ 0
Ferie (festività e riposi compensativi trasformati in ferie):	in % 0	Numero giorni:	0
Accantonamento cassa edile:	in % 0		

La retribuzione base per il calcolo della indennità di temporanea risulta essere di € 69,54

INAILIstituto Nazionale
Assicurazione
Infortuni sul Lavoro**Denuncia di Malattia Professionale n° 84978**
MALATTIA PROFESSIONALE**Dati Malattia Professionale****Malattia Dichiarata dal Lavoratore:**

PATOLOGIA DEL RACHIDE INC. CERVICO DORSO LOMBALGIA

Data in cui ha segnalato la malattia al datore di lavoro: 09/12/2014

Primo giorno di eventuale completa astensione dal lavoro a causa della malattia: 24/11/2014

Lavorazione e sostanza che avrebbero determinato la malattia:

PATOLOGIA DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

Periodi di esposizione

Dal: 21/11/1979 Al: 31/12/1986

Dal: 01/01/1989 Al: 31/12/1996

Dal: 01/01/1997 Al: 23/11/2014

Ultimo giorno di esposizione: 23/11/2014

Era adibito direttamente alla lavorazione? SI

In quale ambiente lavorava? CHIUSO

Durante l'orario lavorativo, per quante ore era esposto al rischio? 06

In che modo? NON CONTINUATIVO

Misure di sicurezza e prevenzione adottate:

IL LAVORATORE VIENE SOTTOPOSTO A VISITE MEDICHE PERIODICHE, COME LA GENERALITA' DEI DIPENDENTI DI QUESTO ENTE, AI SENSI DELLA LEGGE 626/96 E D.LGS 09/04/2008 N. 81

Il lavoratore era stato sottoposto a visita medica al momento dell'assunzione? NO

Se sì, chi lo ha visitato?

È stato istituito il libretto sanitario? NO

Il datore di lavoro è a conoscenza di eventuali sintomi della malattia manifestati dal lavoratore ed accertati con visite precedenti (periodiche o di altro genere)? NO

Se sì, chi lo ha visitato?

In quali date sono state eseguite le visite?



MEDICA SUD s.r.l.

VIA DELLA RESISTENZA, 82

70125 - BARI

P. IVA 03143270720

COMUNE DI MODUGNO

MODUGNO

p.zza del popolo n. 16

70100 - BARI

Certificato di Idoneità alla Mansione

(D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81)

Il lavoratore DE BENEDICTIS GIUSEPPE nato/a il 05/11/1960, con mansione specifica ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO, in data 18/03/2013 è stato sottoposto alla visita medica Preventiva per esposizione ai seguenti fattori di rischio: generico, vdt

Reparto: ☒ Amministrativo ☐ Produttivo ☐ Tecnico

con il seguente esito: idoneo

Da sottoporre a nuova visita medica il 18/03/2015visiotest, visita medica

Il Medico Competente

Dott.ssa **OSTUNI ROSALIA**
Spec. Igien. e Medicina Preventiva del Lavoro
Medico del Lavoro

Il sottoscritto DE BENEDICTIS GIUSEPPE nato/a il 05/11/1960 dichiara:

- di aver informato in maniera veritiera il medico competente circa il proprio stato di salute e la propria anamnesi;
- di essere consapevole del significato e dei risultati degli accertamenti sanitari effettuati;
- di essere a conoscenza che avverso il giudizio del medico competente è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territoriale competente, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs 81/2008, entro il termine di 30 giorni;
- di essere consapevole della finalità del trattamento dei propri dati e di acconsentire al trattamento degli stessi ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Data espressione del giudizio di idoneità: 18/03/2013

Data trasmissione al datore di lavoro: 03/05/2013

Data trasmissione al lavoratore:

Il Dipendente

DE BENEDICTIS GIUSEPPE nato/a il 05/11/1960



➔ Al Responsabile del Servizio 1 – Personale

Al Medico del Lavoro (tramite l'Ufficio Personale)

E, p.c. Al Responsabile del Servizio 2 - Demografici

Oggetto: Riconoscimento malattia professionale. - Richiesta applicazione normativa D.lgs. n. 81/2008.

Il sottoscritto De Benedictis Giuseppe, nato a Modugno il 05/11/1960 ed ivi residente alla Via San Francesco D'Assisi n.8, in servizio presso codesto Comune nell'Ufficio dello Stato Civile con il profilo professionale di istruttore amministrativo,

Dichiara

di aver svolto come dipendente del Comune di Modugno:

dal 1979 al 1986 in qualità di Assistente domiciliare agli anziani, azioni quotidiane del tipo sollevare, spingere e trascinare suppellettili pesanti; in qualità di esecutore nel 1987/88 presso l'Ufficio Elettorale e dal 1989 al 1996 presso l'Ufficio S.E.C. – Pretura, azioni quotidiane del tipo portare o spostare fascicoli, schedari e liste sezionali di un certo peso; dal 1997 al 2000 in qualità di addetto alla Biblioteca Comunale, azioni del tipo sollevare cartoni contenenti libri che venivano donati e azioni quotidiane di sollevare una scala di ferro alta più di 8 metri e molto pesante, portando o spostando libri anche di un certo peso; nel 2000/02 in qualità di addetto e 2009/11 in qualità di Istruttore, presso l'Ufficio Comunale di Censimento, azioni quotidiane del tipo sollevare, deporre, portare o spostare cartoni contenenti centinaia di questionari in formato cartaceo di notevole peso; dal 2012 a tutt'oggi in qualità di Istruttore presso l'Ufficio di Stato Civile, azioni quotidiane del tipo tirare fuori, sollevare, deporre, portare o spostare dall'archivio, voluminosi atti di stato civile molto pesanti e in uno spazio ristretto, oltre ad una continua attività di utilizzo del videoterminale, in modo sistematico e abituale per tutte le ore della giornata lavorativa, infine sono esposto in modo diretto a correnti d'aria fastidiosa, tutti i giorni lavorativi, proveniente dalla porta esterna d'accesso e in estate, dall'impianto di condizionamento dell'area, essendo il mio ufficio aperto e sprovvisto di porta.

Per di più, in relazione al lavoro che ho da compiere nell'Ufficio di Stato Civile, lo spazio che ho a disposizione non è tale da consentire il normale movimento e, peggiora ulteriormente in presenza dell'utenza, come pure il rumore emesso dalla stampante disturba l'attenzione e la comunicazione verbale con l'utenza.

Di conseguenza, tutte le suddette attività lavorative di movimentazione manuale dei carichi, spingere, tirare, sollevare, deporre portare o spostare, che, per le loro caratteristiche o in effetto delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, oltre ai problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o di stress mentale, comporta per il sottoscritto rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari.

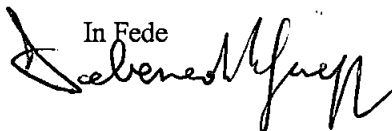
Pertanto, in relazione all'ultimo certificato di malattia (allegato 1), ritengo che vi sia un nesso fra quanto su dichiarato e la patologia da sovraccarico biomeccanico, quindi **chiedo di attivare la procedura per l'eventuale riconoscimento di malattia professionale** per le patologie delle strutture osteoarticolari, muscolotendinee e nervovasculari, diagnosticate: in data 26.03.09 dalla ASLBA Presidio Ospedaliero di BITONTO (allegato 2), in data 23.10.12 dallo Studio di Radiologia "RAGGI X" di MODUGNO (allegato 3), in data 07.11.14 dalla ASLBA Presidio Ospedaliero San Paolo – BARI (allegato 4), in data 24.11.14 dalla ASLBA Distretto Socio Sanitario N.11 – AREA SUD – MOLA DI BARI (allegato 5).

Inoltre, **chiedo di essere sottoposto a visita medica in relazione al piano di attuazione delle norme previste specificatamente dai seguenti articoli del D.lgs. n. 81/2008:**

art. 15 comma 1 lett. d) e m); art.18 comma 1 lett. c) e n); art. 41; art. 63 comma 1; art. 64 comma 1 lett. a); art.168 comma 1, 2 lett. a), b), c) e d) e 3; art.169 comma 1 lett. a) e b); art.174 comma 1 lett. a), b) e c), 2 e 3; art.175; art.176; art.187; Allegato IV 1.2.6.; 1.9.1.3.; 1.9.2.2.; 2.2; Allegato XXXIII e Allegato XXXIV.

Fiducioso in un benevolo accoglimento della presente richiesta, porgo distinti saluti.

Modugno, 09 dicembre 2014

In Fede


Certificato di malattia telematico				Copia cartacea per il lavoratore			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		129002767		Data visita		24/11/2014	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Anaclerio Francesco		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	114
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		24/11/2014		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		05/12/2014	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita							
Trattasi di:		Inizio ☒		Continuazione ☐		Riadattamento ☐	
Visita:		Ambulatoriale ☒		Domiciliare ☐		Pronto soccorso ☐	
DATI DIAGNOSI							
Cod. Nosologico		Non specificato		La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐			
Note di diagnosi		Patol. del Rachide (Inc. Cervico-Dorso Lombalgia)					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐			
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		DEBENEDICTIS		Nome		GIUSEPPE	
				C.F.		DBNGPP60S05F262J	
Nato/a il		05/11/1960		a (Comune o Stato estero)		MODUGNO	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA S. FRANC. D'ASSISI 8B				n.	
Comune		MODUGNO		CAP		70026	
				Provincia		BA	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							
Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		129002767		Data visita		24/11/2014	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Anaclerio Francesco		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	114
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		24/11/2014		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		05/12/2014	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita							
Trattasi di:		Inizio ☒		Continuazione ☐		Riadattamento ☐	
Visita:		Ambulatoriale ☒		Domiciliare ☐		Pronto soccorso ☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta					
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		DEBENEDICTIS		Nome		GIUSEPPE	
				C.F.		DBNGPP60S05F262J	
Nato/a il		05/11/1960		a (Comune o Stato estero)		MODUGNO	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA S. FRANC. D'ASSISI 8B				n.	
Comune		MODUGNO		CAP		70026	
				Provincia		BA	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

Sig. **DE BENEDICTIS GIUSEPPE**

Data di nascita

n.arch. **7216.7217**

Quesito diagnostico: controllo

Provenienza:

1.-Rx RACHIDE LOMBO-SACRALE

5.

2.-Rx PIEDE SN

6.

3.-

7.

4.-

8.

REFERTO:

Lieve trocoscoliosi sx convessa.

Discopatia L5-S1.

Valgismo del 1° raggio del piede con dismorfismo della falange prox del 1° dito.

Bitonto, 26. 03. 2009

IL RADIOLOGO

Dr. Lorenzo LOREDOTE

STUDIO di RADIOLOGIA

“RAGGI X” S.R.L.

70026 MODUGNO (BA)- VIA PARADISO,16

TEL.(080) 5326532 –Fax (080)5368870

ACCREDITATO S.S.N.

T. A. C.-R.M.N.

RADIOLOGIA GENERALE

ORTOPANTOMOGRAFIA E CEFALOMETRIA

DENSITOMETRIA OSSEA

ECOGRAFIA INTERNISTICA ED INTERVENTISTICA

ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA

ECO DOPPLER VASCOLARE

ESAMI ECOGRAFICI DOMICILIARI

Modugno, lì 23/10/2012

DE BENEDICTIS GIUSEPPE

RX COLONNA LOMBOSACRALE

Scoliosi sinistro-convessa.. Segni di spondilosi del rachide lombare, con osteofiti marginali. Riduzione in altezza dello spazio intersomatico compreso tra L5 ed S1.

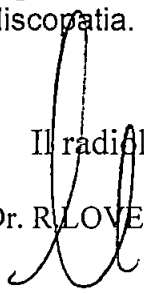
RX RACHIDE CERVICALE

Spondilo-uncoartrosi dei metameri esaminati con osteofiti marginali.

Ridotti in altezza gli spazi intersomatici C3-C4 e C6-C7, per discopatia.

Il radiologo

Dr. R. LOVERO



Informativa ai sensi dell' art.10 della legge n° 675/96; con la presente si informa che i dati riguardanti la sua persona sono trattati con sistemi informatici e secretati..Sono destinati alla A.S.L. e all' amministrazione finanziaria.

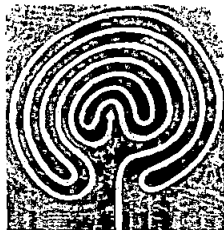
Sono necessari per lo svolgimento delle attività nel settore sanitario per la prestazione dei servizi.

L' interessato può esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all' art. 13 della legge n° 675/96.///

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO - BARI

07.11.14



U.O.S. di NEURORADIOLOGIA

Dirigente Responsabile: Dott.ssa Paola D'Aprile

Sig. DEBENEDICTIS GIUSEPPE

Prov. ASL BARI

N. Arch. nr. 1944/14

RM CERVICALE

Esame condotto con tecnica TSE per immagini T2 sagittali, TSE T1 sagittali, GE T2* assiali.
Protrusione discale posteriore mediana C3-C4.
Regolare per morfologia e segnale il midollo cervicale.

RM LOMBARE

Esame condotto con tecnica TSE per immagini T2 sagittali, TSE T1 sagittali e assiali, con Fat Saturation dopo somministrazione di mdc.
Protrusione discale foraminale destra L4-L5; allo stesso livello si osserva piccola cisti sinoviale intracanalare periarticolare sinistra, che determina una stenosi del recesso anterolaterale omolateralmente.
Marcatamente ridotto in spessore il disco intersomatico L5-S1; si associano lievi fenomeni degenerativi osteocondrosici intersomatici.

Dott.ssa A. Strada

REGIONE PUGLIA

A.S.L. BA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11 - AREA SUD

Corso Italia, 21 - MOLA DI BARI

MOLA DI BARI - RUTIGLIANO - NOICATTARO

24/11/2014

Sig. Giuseppe Debenedictis.

Cervicalgia e lombosciatalgia (più a destra)
di lunga data.

Ha effettuato in passato Terapia fisica e
zosterolitica con scarso beneficio.

da RMN del rachide cervicale e lombare
(07.11.2014) mostra protrusione discale C3-C4
e L4-L5 con riduzione di altezza del
disco intersommitici L5-S1.

ENI: marcate contratture dei muscoli
paravertebrali del tratto cervicale e
lombare. Dolore alla palpazione dei
distretti muscolari citati e alla digitazione
passiva delle apofisi spinose da
C5 a T1 e da L3 a L5.

Severa limitazione omni-direzionale
del ROT del collo. Manovra di Lasèque
positiva a 45° a dx e a 60° a sin.
Fissati i ROT rachidei. Ipotesi nel
Territorio L5 ed S1 a sin.

R) SERACTIL 400 mg qn

1) 1 qn dopo colazione e cena per
15 giorni

R) STERILUD 2 mg qn

1) 1 qn dopo colazione e cena per
15 giorni.

R) NICEFLE fole

1) 1 fola in muscolo ore 8.00 - 2.00
per 15 giorni;

- Riduzione funzionale del cervice
cervicale

- Evitare la stazione seduto
e l'ortostasi per tempo
prolungati (Alterare le posture)

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
FISICA E RIABILITAZIONE ASL
U.O.S. EDI SS. 55 n. 11/12
DIRIGENTE MEDICO NEUROLOGO
640577 Dr. GIUSEPPE CAPUT