



RICORSO CONTRO PROVVEDIMENTO INAIL

Associazione Omnia – Tutela Consumatori

Normativa di riferimento: Testo Unico 1124/1965 – Linee guida INAIL – D.Lgs. 81/08

DATI DEL LAVORATORE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Email / PEC: _____

DATI DEL DATORE DI LAVORO (se rilevante)

Azienda / Ente: _____

PEC / Email: _____

TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO CONTESTATO

- Diniego riconoscimento infortunio
- Diniego malattia professionale
- Percentuale invalidità ritenuta non corretta
- Mancato riconoscimento postumi permanenti
- Rigetto aggravamento
- Altro: _____

DATI DELLA PRATICA INAIL

Numero pratica: _____

Data provvedimento contestato: __/__/_____

MOTIVI DEL RICORSO

- Documentazione sanitaria non adeguatamente valutata
- Dinamica infortunio ricostruita in modo errato
- Percentuale invalidità incongrua
- Postumi permanenti sottostimati
- Peggioramento clinico non considerato
- Contraddizioni nel verbale INAIL
- Diffusione insufficiente degli accertamenti

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA POSIZIONE DEL LAVORATORE

DOCUMENTI ALLEGATI

- Certificazioni mediche aggiornate

- Referti specialistici
- Pronto soccorso
- Radiografie / esami strumentali
- Relazioni del medico competente
- Copia provvedimento INAIL contestato
- Documento di identità

RICHIESTA

- Revisione del provvedimento
- Nuova valutazione medico-legale
- Rivalutazione percentuale invalidità
- Riconoscimento postumi permanenti
- Valutazione aggravamento

RICHIESTA FORMALE

Con la presente presento ricorso contro il provvedimento INAIL sopra indicato, chiedendo la revisione della valutazione medico-legale e l'aggiornamento della mia posizione assicurativa secondo la normativa vigente.

Luogo e data: _____

Firma: _____