

**Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per  
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 191230165

Data visita

21/09/2017

**DATI DEL MEDICO**

Cognome e nome TAGLIONE MASSIMO

Codice Regione  
**120**Codice ASL/AO  
**112**

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 21/09/2017

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il

22/09/2017

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

Trattasi di: Inizio Continuazione Ricaduta Visita: Ambulatoriale Domiciliare Pronto Soccorso La malattia è dovuta ad evento traumatico 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 DI PALMA

Nome ROBERTO

C.F. DPLRRT81H30I838E

Nato/a il 30/06/1981 a (Comune o Stato estero)

SORA

Provincia FR

**RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE***(dati dichiarati dal lavoratore)*

In via/piazza VIA POZZO PANTANO

n. 30/A

Comune SORA

Provincia FR

CAP 03039

**REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA** *(dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)*

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)

In via/piazza

n.

Comune

Provincia

CAP

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009

Ristampato il 22/09/2017 alle ore 09:25:07