

| | | | |
|--|-----------|--|------------|
| Attestato di malattia telematico | | Copia cartacea per il datore di lavoro | |
| Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) | 197531271 | Data Visita | 27/12/2017 |
| Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato) | | | |

DATI DEL MEDICO

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--|-----|---------------|-----|---------------------------|--|
| Cognome e nome | SPAZIANI LUIGI | Codice Regione | 120 | Codice ASL/AO | 112 | Codice struttura ricovero | |
| Opera nel ruolo di: | Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/> | Libero professionista <input type="checkbox"/> | | | | | |

DATI PROGNOSI

| | | | |
|---|---|---|--|
| Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal | 25/12/2017 | Viene assegnata prognosi clinica a tutto il | 05/01/2018 |
| Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/> | | | |
| Trattasi di: | Inizio <input type="checkbox"/> | Continuazione <input checked="" type="checkbox"/> | Ricaduta <input type="checkbox"/> |
| Visita: | Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> | Domiciliare <input type="checkbox"/> | Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|---|
| La malattia è dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/> | | |
| Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/> | Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/> | Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta <input type="checkbox"/> |

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

| | | | | | |
|-----------|------------|---------------------------|--------|-----------|------------------|
| Cognome | RIGGI | Nome | DIEGO | C.F. | RGGDGI98L23A123C |
| Nato/a il | 23/07/1998 | a (Comune o Stato estero) | ALATRI | Provincia | FR |

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)

| | | | |
|---------------|---------------|-----------|-------|
| In via/piazza | VIA DEI FIORI | n. | 6/B |
| Comune | ALATRI | CAP | 03011 |
| | | Provincia | FR |

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 | | CAP | |
| | | Provincia | |

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