

Attestato di malattia telematico

Copia cartacea per il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) **198631138** Data visita **09/01/2018****DATI DEL MEDICO**

Cognome e nome	MARINI IDAMARIA	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 **09/01/2018** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **12/01/2018**
 Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

Trattasi di:	Inizio	<input checked="" type="checkbox"/>	Continuazione	<input 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	ROMA	Nome	ETTORE	C.F.	RMOTTR89A25C413O
Nato/a il	25/01/1989 a (Comune o Stato estero)		CECCANO	Provincia	FR

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

In via/piazza	VIA SAN CLEMENTE	n.	12
Comune	ARNARA	Provincia	FR CAP 03020

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 11/01/2018 alle ore 17:44:34