

**Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per  
il datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **212818035** Data visita **03/08/2018****DATI DEL MEDICO**

Cognome e nome	<b>VITI MARIA GRAZIA</b>	Codice Regione	<b>120</b>	Codice ASL/AO	<b>112</b>	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 **18/06/2018** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **18/08/2018**  
 Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

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	<b>IACOUCCI</b>	Nome	<b>ROBERTO</b>	C.F.	<b>CCCRRT59C14L780A</b>
Nato/a il	<b>14/03/1959</b> a (Comune o Stato estero)		<b>VEROLI</b>	Provincia	<b>FR</b>

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

In via/piazza	<b>VIA COLLEBERARDI</b>	n.	<b>26</b>
Comune	<b>VEROLI</b>	Provincia	<b>FR</b> CAP <b>03029</b>

**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 10/08/2018 alle ore 08:26:50