

Attestato di malattia telematico

Copia cartacea per il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) **211234162** Data visita **29/06/2018****DATI DEL MEDICO**Cognome e nome **FANFARILLO EMILIO**Codice Regione
120Codice ASL/AO
112

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **18/06/2018** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **13/07/2018**

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 **IACOUCCI** Nome **ROBERTO** C.F. **CCCRRT59C14L780A**Nato/a il **14/03/1959** a *(Comune o Stato estero)* **VEROLI** Provincia **FR****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE***(dati dichiarati dal lavoratore)*In via/piazza **VIA COLLEBERARDI**n. **26**Comune **VEROLI**Provincia **FR** CAP **03029****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 06/08/2018 alle ore 10:09:05