

Attestato di malattia telematicoCopia cartacea per
il datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **233704787**

Data visita

29/05/2019**DATI DEL MEDICO**Cognome e nome **PAPETTI ARMANDO**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 **29/05/2019**

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il

29/05/2019

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 **RUSSO**Nome **MARIO**

C.F.

RSSMRA88L25A512TNato/a il **25/07/1988** a (Comune o Stato estero)**AVERSA**Provincia **CE****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE***(dati dichiarati dal lavoratore)*In via/piazza **B.POWELL**n. **4**Comune **FROSINONE**

Provincia

FRCAP **03100****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 29/05/2019 alle ore 15:18:37