

Attestato di malattia telematicoCopia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 226552277

Data visita 19/02/2019

DATI DEL MEDICO

Codice Regione

120

Codice ASL/AO

112

Codice struttura ricovero

Cognome e nome GAGLIARDI CARLO

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 19/02/2019 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 22/02/2019

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 IORIO

Nome GIULIO

C.F. RIOGLI63A29D810H

Nato/a il 29/01/1963 a (Comune o Stato estero)

FROSINONE

Provincia FR

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

In via/piazza VIA PER CASTELMASSIMO

n. 194

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 20/02/2019 alle ore 17:08:32

Attestato di malattia telematico		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	226340823	Data Visita	18/02/2019
Retifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)			

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome	TATANGELO FRANCO	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		13/02/2019	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		22/02/2019
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"/>	Riaduta <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	BOCCIA	Nome	PAOLO	C.F.	BCCPLA65L04L7805
Nato/a il	04/07/1965	a (Comune o Stato estero)	VEROLI	Provincia	FR

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)					
In via/piazza	CONT SCIELLI			n.	207
Comune	VEROLI	CAP	03029	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

Attestato di malattia telematico		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	225949003	Data Visita	13/02/2019
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)			

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome	TATANGELO FRANCO	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		13/02/2019	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		17/02/2019
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>					
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	BOCCIA	Nome	PAOLO	C.F.	BCCPLA65L04L740S
Nato/a il	04/07/1965	a (Comune o Stato estero)	VEROLI	Provincia	FR

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)					
In via/piazza	CONT SCIFELLI			n.	207
Comune	VEROLI	CAP	03029	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

Attestato di malattia telematicoCopia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 226795864

Data visita

21/02/2019

DATI DEL MEDICOCognome e nome **CHIERCHIA ANTONIO**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 25/10/2018

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il

14/03/2019

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 **ROMA**Nome **ETTORE**C.F. **RMOTTR89A25C4130**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 25/02/2019 alle ore 10:13:06

Attestato di malattia telematicoCopia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 227018341

Data visita

25/02/2019

DATI DEL MEDICOCodice Regione
120Codice ASL/AO
112

Codice struttura ricovero

Cognome e nome FIORINI FRANCESCO

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 25/02/2019

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il

27/02/2019

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 STIRPE

Nome ANTONY

C.F. STRNNY94H23A433K

Nato/a il 23/06/1994 a (Comune o Stato estero)

ARPINO

Provincia FR

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

In via/piazza via cancello

n. 59

Comune BOVILLE ERNICA

Provincia FR

CAP 03022

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 25/02/2019 alle ore 10:18:26



CITTÀ di AVEZZANO

Settore V
Ufficio Stato Civile

**UFFICIO DELLO STATO CIVILE
CERTIFICATO DI MORTE**

ANNO 2019 Parte II Serie B Numero 127

Dai registri degli atti di MORTE di questo Comune, anno, parte, serie e numero sopra indicati, risulta che:

il giorno VENTI

del mese di FEBBRAIO

dell'anno DUEMILADICIANNOVE

E' MORTO/A in AVEZZANO

cognome CECCARELLI

nome FRANCESCO

che era nata/o in FROSINONE (FR) il 07 MARZO 1931

Dalla residenza municipale, li 21 FEBBRAIO 2019

L'impiegato addetto



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE
ERSILIA RUSCITTI

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.
Comune di Avezzano P.zza della Repubblica, 8 - 67051
AVEZZANO (AQ) - TEL. 0863-5011 C.F.81002910669 - P. IVA 00159380666www.comune.avezzano.aq.it



**ESAMI DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI
INGEGNERE**

II SESSIONE ANNO 2018

Si attesta che il /la Dott. ~~ssa~~ CASEHERA DAVIDO
in data odierna ha partecipato alla 3^o prova de gli esami di stato per
l'abilitazione all'esercizio della professione di Ingegnere.

Si rilascia a richiesta dell'interessato/a.

Cassino 12/02/2019

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE
(prof. ing. Michele Pansini)



Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
INGEGNERIA

ATTESTATO

Si attesta che lo studente... MARIO BUSSO

Iscritto al Corso di Laurea... INGEGNERIA DELL'AUTOMAZIONE

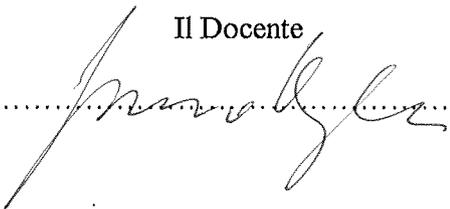
In.....

Si è presentato in data odierna per sostenere l'esame di

SISTEMI OPERATIVI

Roma, 18/02/2019

Il Docente





Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
INGEGNERIA

ATTESTATO

Si attesta che lo studente... MARIO RUSSO

Iscritto al Corso di Laurea... INGEGNERIA DELL'AUTOMAZIONE

In... DATA 18/2/2019

Si è presentato in data odierna per sostenere l'esame di

SISTEMI OPERATIVI (PROVA DI PROGRAMMAZIONE)

Roma, 19/02/2019

Il Docente