

Attestato di malattia telematicoCopia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 202487331 Data visita 16/02/2018

DATI DEL MEDICO		Codice Regione 050	Codice ASL/AO 107	Codice struttura ricovero
Cognome e nome	OLIANA FEDERICA			
Opera nel ruolo di:	Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/>	Libero professionista <input type="checkbox"/>		

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 16/02/2018 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 21/02/2018

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 **GRANDO** Nome **SABRINA** C.F. **GRNSRN83S54M089Z**
Nato/a il 14/11/1983 a (Comune o Stato estero) **VITTORIO VENETO** Provincia **TV****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE**
(dati dichiarati dal lavoratore)In via/piazza **VIA BORGO CISER** n. **68**
Comune **FREGONA** Provincia **TV** CAP **31010****REPERIBILITÀ 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 19/02/2018 alle ore 10:27:46