

**Certificato di malattia****Copia cartacea per il lavoratore**

Luogo ..... Data rilascio .....

**DATI PROGNOSI****DIAGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal .....

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il .....

Trattasi di: **Inizio** **Continuazione** **Ricaduta****DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE**

Cognome ..... Nome .....

C.F. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nato/a a ..... Provincia .....

**RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE**

In via/piazza ..... Comune .....

CAP ..... Provincia .....

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio) .....

In via/piazza ..... Comune .....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CERTIFICATORE** ➔**Attestato di malattia****Copia cartacea per il datore di lavoro**

Luogo ..... Data rilascio .....

**DATI PROGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal .....

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il .....

Trattasi di: **Inizio** **Continuazione** **Ricaduta****DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE**

Cognome ..... Nome .....

C.F. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nato/a a ..... Provincia .....

**RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE**

In via/piazza ..... Comune .....

CAP ..... Provincia .....

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio) .....

In via/piazza ..... Comune .....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CERTIFICATORE** ➔