



## Certificato medico (SS3) - 1/2

| NOME*                                         | COGNOME*                        |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| CODICE FISCALE*                               | NATO/A IL*gg/mm/aaaa            |
| TELEFONO*                                     | CELLULARE                       |
| INDIRIZZO E-MAIL                              |                                 |
| DOC. DI RICONOSCIMENTO*                       | NUMERO*                         |
| RILASCIATO DA*                                | IN DATA*                        |
| Anamnesi lavorativa pregressa e occupazione   | attuale *                       |
| (                                             |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               | ·                               |
| anamnesi remota e prossima (in particolare ev | ridenza ricoveri ospedalieri) * |
|                                               | ·                               |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |
|                                               |                                 |

Questi campi devono essere compilati obbligatoriamente





## Certificato medico (SS3) - 2/2

| 0   | NOME*                | COGNOME*                       |
|-----|----------------------|--------------------------------|
| 0   | CODICE FISCALE*      |                                |
| • ( | Obiettività *        |                                |
| _   |                      |                                |
| _   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
| _   |                      |                                |
| • 1 |                      |                                |
|     |                      |                                |
| _   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
|     |                      |                                |
|     | Diagnosi *           |                                |
| -   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
| -   |                      |                                |
|     |                      |                                |
| _   |                      |                                |
|     |                      |                                |
| L   |                      | data *                         |
| • N | MEDICO CERTIFICATORE |                                |
| 0   | NOME*                | COGNOME*                       |
| 0   | CODICE FISCALE       |                                |
| 0   | ISCRIZIONE ALL'ORDI  | NE PROVINCIALE DEI MEDICI N° * |

Questi campi devono essere compilati obbligatoriamente