

Certificato di malattia telematico

Copia cartacea per il lavoratore

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 215481456
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)

Data visita 03/10/2018

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome Curtarelli Simona
Codice Regione 030 Codice ASL/AO 309 Codice struttura ricovero
Opera nel ruolo di: Medico SSN ☒ Libero professionista ☐

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 03/10/2018 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 05/10/2018

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita

Trattasi di: Inizio ☒ Continuazione ☐ Ricaduta ☐
Visita: Ambulatoriale ☒ Domiciliare ☐ Pronto soccorso ☐

DATI DIAGNOSI

Cod. Nosologico Non specificato La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐
Note di diagnosi sindrome parainfluenzale
Patologia grave che richiede ☐ Malattia per la quale e' stata riconosciuta ☐ Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di ☐
terapia salvavita la causa di servizio invalidita' riconosciuta

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome SCOPECE Nome STEFANO C.F. SCPSEFN64H27H501G
Nato/a il 27/06/1964 a (Comune o Stato estero) ROMA Provincia RM

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)

In via/piazza VIA TRIESTE N 7 A,
Comune CESATE CAP 20020 n. Provincia MI

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati)

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

In via/piazza
Comune CAP n. Provincia

(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)