



CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITA' DI MALATTIE
(Art. 2 D.L. 663/1979 e art 15 L. 155/1981)

PER L'INPS

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del Lavoratore all'INPS
competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio

DIAGNOSI

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDARE IL COGNOME DEL NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL TURNO
GIORNO MESE ANNO GIORNO MESE ANNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA COD. NOSOLOGICO
GIORNO MESE ANNO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)

VIA N.

C.A.P. COMUNE PROV.

DATI ANAGRAFICI CODICE FISCALE SESSO ☐ M ☐ F

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME

DATA NASCITA COMUNE NASCITA PROV.

QUADRO A