

Certificato di malattia telematico					Copia cartacea per il lavoratore								
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)			324239181		Data visita		12/09/2022						
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)													
DATI DEL MEDICO													
Cognome e nome		LEO SILVANA		Codice Regione	010	Codice ASL/AO	301	Codice struttura ricovero					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/>			Libero professionista <input type="checkbox"/>								
DATI PROGNOSI													
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal			07/09/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il			14/09/2022					
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>													
Trattasi di:		Inizio <input type="checkbox"/>		Continuazione <input checked="" type="checkbox"/>		Ricaduta <input type="checkbox"/>							
Visita:		Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/>			Domiciliare <input type="checkbox"/>		Pronto soccorso <input type="checkbox"/>						
DATI DIAGNOSI													
Cod. Nosologico		Non specificato		La malattia e' dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>									
Note di diagnosi		SINDROME DA RAFFREDDAMENTO											
Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/>		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/>			Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta <input type="checkbox"/>								
DATI DEL LAVORATORE													
ANAGRAFICI													
Cognome		SPOTO		Nome		SALVATORE		C.F.		SPTSVT76R10A285R			
Nato/a il		10/10/1976		a (Comune o Stato estero)		ANDRIA		Provincia		BT			
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)													
In via/piazza			CORSO PALERMO 45, 3						n.				
Comune			TORINO				CAP		10155		Provincia		TO
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)													
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)													
In via/piazza									n.				
Comune							CAP				Provincia		
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)													

Attestato di malattia telematico					Copia cartacea per il datore di lavoro								
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)			324239181		Data visita		12/09/2022						
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)													
DATI DEL MEDICO													
Cognome e nome		LEO SILVANA		Codice Regione	010	Codice ASL/AO	301	Codice struttura ricovero					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/>			Libero professionista <input type="checkbox"/>								
DATI PROGNOSI													
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal			07/09/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il			14/09/2022					
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>													
Trattasi di:		Inizio <input type="checkbox"/>		Continuazione <input checked="" type="checkbox"/>		Ricaduta <input type="checkbox"/>							
Visita:		Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/>			Domiciliare <input type="checkbox"/>		Pronto soccorso <input type="checkbox"/>						
La malattia e' dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>					Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/>								
Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/>					Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta <input type="checkbox"/>								
DATI DEL LAVORATORE													
ANAGRAFICI													
Cognome		SPOTO		Nome		SALVATORE		C.F.		SPTSVT76R10A285R			
Nato/a il		10/10/1976		a (Comune o Stato estero)		ANDRIA		Provincia		BT			
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)													
In via/piazza			CORSO PALERMO 45, 3						n.				
Comune			TORINO				CAP		10155		Provincia		TO
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)													
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)													
In via/piazza									n.				
Comune							CAP				Provincia		
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)													