Certificato d	li malatti	ia telen	natico									Copia cartacea per il lavoratore						
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 32423918												Data visita	2/09/2022					
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)																		
DATI DEL MEDICO																		
Cognome e nome LEO SILVANA						Codice Regione			010		301		Codice	dice struttura				
Opera nel ruolo di: Medico				o SSN X				Libero professi			sior	nista						
DATI PROGN																		
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 07/09/2022 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 14/09/2022																		
Il lavoratore did					ttivita'	lavorativ	1				,1144	w prognost can				1.00	<i>31</i> 2022	
Trattasi di:		Inizio		Con	inuazi	one X				Ricaduta								
Visita: Ambula			toriale X				Domiciliare			ire	Pronto soccorso							
DATI DIAGNO	OSI																	
Cod. Nosologico Non specificato La malattia e' dovuta ad evento traumatico																		
Note di diagno				DA RAFFREDDAMENTO														
Patologia grave che richiede																		
DATI DEL LAVORATORE																		
ANAGRAFICI																		
ANAGRAFICI Cognome SPOTO Nome SALVATORE C.F. SPTSVT76R10A285R																		
	a (Comune o Stato																	
Nato/a ii 10/10/19/6 estero) ANDRIA Provincia BI																		
	RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)																	
In via/piazza	CORSO PALERMO 45, 3									CAR 10155				n.	TO.			
Comune TORINO												CAP	10155		Pro	vincia	ТО	
REPERIBILITA							voratore	- da ind	licare	e solo se d	dive	ersi da quelli ri	portati)					
Nominativo ind	licato pres	sso l'abit	azione (se diverso	dal pro	prio)												
In via/piazza													n.					
Comune CAP Provincia																		
				(Ri	asciat	o ai sens	i del DP	PCM 26 1	marze	o 2008 e d	del	Dlgs n. 150/20	09)					
Attestato di	malattia	tolome	atico										'onia cartac	ea ner i	il datore d	i lavoro		
Numero di prot				eato (PLIC)			3242391	R 1			-	Copia cartacea per il datore di lavoro Data visita 12/09/2022						
Rettifica del cer					co del	certificat						Data Visita		1	2/ 0 // 2022			
DATI DEL ME	`	variero d	ii piotoc	cono unive	co dei	certificat	.o ictinic	<i>a</i> (0)										
	DICO							Codice				Codice		Codio	2 atmittime			
Cognome e nome LEO SILVANA							Regione 010				301			odice struttura covero				
Opera nel ruolo	di:	Medic	co SSN	X					Libe	ro profess	sior	nista 🗌						
DATI PROGN	OSI																	
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 07/09/2022 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 14/09/2022															9/2022			
Il lavoratore die	chiara di a	ver comp	oletato l	a propria a	ttivita'	lavorativ	a alla da	ta di visi	ita									
Trattasi di:	Inizio Continuazione X Ricaduta																	
Visita:	Ambulatoriale X				Doi	Domiciliare					Pronto s							
La malattia e' de	malattia e' dovuta ad evento traumatico Malattia per la quale e' stata ric								tata ricono	osc	sciuta la causa di servizio							
Patologia grave che richiede terapia salvavita Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta																		
DATI DEL LA	VORATO	RE																
ANAGRAFICI																		
Cognome	SPOTO Nome SALVATORE C.F. SPTSVT76R10A285R																	
Nato/a il	a (Comune o Stato estero) ANDRIA							Pro	ovi	ovincia BT								
RESIDENZA O	DOMICI	LIO ABIT	TUALE (dati dichi	arati d	lal lavor	atore)											
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 ind									(r					
In via/piazza	pro		(am pic	r)									n.			
Comune											CAP Provincia							
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)																		