

Allegato D

Attestato di Malattia in sede di dimissione		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		Data dimissione	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)			

DATI DEL MEDICO			
Cognome e nome	Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero
Opera nel ruolo di:	Medico SSN <input type="checkbox"/>	Libero professionista <input type="checkbox"/>	

DATI PROGNOSI			
Data di inizio ricovero	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di ricovero <input type="checkbox"/>			
Trattasi di:	Inizio <input type="checkbox"/>	Continuazione <input type="checkbox"/>	Ricaduta <input type="checkbox"/>
La malattia è dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>		Malattia per la quale è 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 invalidità riconosciuta <input type="checkbox"/>	

DATI DEL LAVORATORE			
<i>ANAGRAFICI</i>			
Cognome	Nome	C.F.	
Nato/a il	a (Comune o Stato estero)	Provincia	
<i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i>			
In via/piazza	n.		
Comune	CAP	Provincia	
<i>REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)</i>			
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			

