

ALLEGATO A

Certificato di malattia telematico				Copia cartacea per il lavoratore	
Protocollo	Data rilascio		Luogo		
Rettifica del certificato protocollo					
DATI DEL MEDICO					
Cognome e nome		Cod. Reg.		ASL	
DATI PROGNOSI			DATI DIAGNOSI		
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal					
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il					
Trattasi di:	Inizio	Continuazione	Ricaduta		
Visita:	Ambulatoriale	Domiciliare			
DATI DEL LAVORATORE					
ANAGRAFICI					
Cognome		Nome		C.F.	
Nato/a il	a (Comune o Stato estero)			Provincia	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
<i>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009</i>					

Allegato B

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro	
Protocollo	Data rilascio		Luogo		
Rettifica del certificato protocollo					
DATI DEL MEDICO					
Cognome e nome		Cod. Reg.		ASL	
DATI PROGNOSI			DATI DIAGNOSI		
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal					
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il					
Trattasi di:	Inizio	Continuazione	Ricaduta		
DATI DEL LAVORATORE					
ANAGRAFICI					
Cognome		Nome		C.F.	
Nato/a il	a (Comune o Stato estero)			Provincia	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
<i>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009</i>					

10A03028

