CERTIFICATO di MALATTIA da recapitare all'**INPS**

Cognome e nome _____

Cod .F.

Prognosi lavorativa fino a tutto il

dichiara di essere ammalato dal

inizio ☐ continuazione ☐ ricaduta ☐

Data rilascio

DIAGNOSI

Certificato redatto in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico

Firma e timbro _____

(Parte da compilare a cura del lavoratore)

RESIDENZA

Indirizzo N.

CAP comune PV

DOMICILIO DI MALATTIA (da compilare a cura del lavoratore se diverso da quello di residenza)

Indirizzo N.

CAP comune PV

✂ ----------

ATTESTATO di MALATTIA per il datore di lavoro

Cognome e nome _____

Cod .F.

Prognosi lavorativa fino a tutto il

dichiara di essere ammalato dal

inizio ☐ continuazione ☐ ricaduta ☐

Data rilascio

Certificato redatto in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico

Firma e timbro _____

(Parte da compilare a cura del lavoratore)

RESIDENZA

Indirizzo N.

CAP comune PV

DOMICILIO DI MALATTIA (da compilare a cura del lavoratore se diverso da quello di residenza)

Indirizzo N.

CAP comune PV