

Certificato di malattia telematico		Copia cartacea per il lavoratore
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		Data visita
Retifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)		

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Codice Regione	100	Codice ASL/AO	202	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		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>			
Trattasi di:	Inizio <input type="checkbox"/>	Continuazione <input type="checkbox"/>	Ricaduta <input type="checkbox"/>
Visita:	Ambulatoriale <input type="checkbox"/>	Domiciliare <input type="checkbox"/>	Pronto Soccorso <input type="checkbox"/>

DATI DIAGNOSI	
Cod. Nosologico	La malattia è dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>
Note di diagnosi	
Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/>	Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio <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>REPERIBILI V'DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale - prima pagina)</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