

Allegato A

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		Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero
Opera nel ruolo di:		Medico SSN <input 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		<input type="checkbox"/>	visita		
Trattasi di:	Inizio <input type="checkbox"/>	Continuazione <input type="checkbox"/>	Riadatta <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.		Provincia	
Comune		CAP		Provincia	
<i>REFERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati)</i>					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza		n.		Provincia	
Comune		CAP		Provincia	
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009					