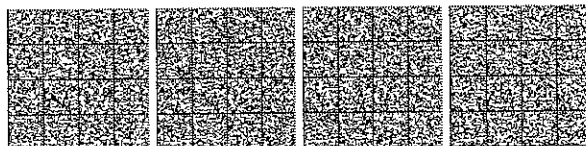


Allegato A

Certificato di malattia telematico		Copia cartacea per il lavoratore	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		Data visita	
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			
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"/>	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>REPERIBILITÀ 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.		
Comune	CAP	Provincia	
<i>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Digs n. 150/2009</i>			



Allegato B

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)			Data visita				
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 <input type="checkbox"/> SSN		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"/>		Riaduta <input type="checkbox"/>	
Visita:		Ambulatoriale <input type="checkbox"/>		Domiciliare <input type="checkbox"/>		Pronto Soccorso <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.		Provincia			
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)</i>							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza		n.		Provincia			
Comune		CAP		Provincia			
<i>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009</i>							



Allegato C

Certificato di Malattia in sede di dimissione				Copia cartacea per il lavoratore			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)			Data dimissione				
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							
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"/>	
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>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.		Provincia			
Comune		CAP		Provincia			
<i>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009</i>							



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

Comunicazione di inizio ricovero			Copia cartacea per gli usi consentiti		
Numero di protocollo univoco della comunicazione di inizio ricovero (PUCIR)			Data di comunicazione		
DATI DELLA STRUTTURA					
Codice Regione		Codice ASL/AO		Codice struttura ricovero	
DATI RICOVERO					
Data di inizio ricovero		Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di ricovero <input type="checkbox"/>			
La malattia è dovuta ad evento traumatico <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>Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009</i>					

12A06252

