

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

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cod .F. Prognosi lavorativa fino a tutto il dichiara di essere ammalato dal inizio  continuazione  ricaduta Data rilascio Certificato redatto da medico sostituto senza  
credenziali di accesso al sistema telematico

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**Certificato redatto da medico sostituto senza  
credenziali di accesso al sistema telematico

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cod .F. Prognosi lavorativa fino a tutto il dichiara di essere ammalato dal inizio  continuazione  ricaduta Data rilascio 

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