

Servizi Online

Dati Medico

Acquisizione Certificato

Consultazione

Annullamento

Uscita

Contatti

Per segnalare malfunzionamenti e anomalie del servizio rivolgersi a:

Contact center
803164

Dati Medico - Modifica

MANUALE



- Attenzione! I dati nella sezione medico certificatore non sono completi. Per poter procedere è necessario inserire le informazioni mancanti.

DATI MEDICO

Codice Fiscale:	<input type="text"/>		
Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Iscrizione Odm provinciale di:	PI	Numero:*	<input type="text"/>
Codice Regionale del medico:*	<input type="text"/>	Provincia della ASL:*	PISA
Codice ASL:*	PI105 - PISA		

RECAPITI

Telefono:**	<input type="text"/>	Cellulare:**	<input type="text"/>
E-mail:**	<input type="text"/>		

INDIETRO

CONFERMA

(*) I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori

(**) E' obbligatorio inserire almeno un recapito tra telefono, cellulare ed e-mail



Indietro Modifica contatti Modifica PIN Esci

Prestazioni e Servizi / Certificati di maternità

Ultimo accesso: 05/05/2017 10:02

Servizi Online

Dati Medico

Acquisizione Certificato

Consultazione

Annullamento

Uscita

Contatti

Per segnalare malfunzionamenti e anomalie del servizio rivolgersi a:

Contact center 803164

Acquisizione Certificato - Dati della lavoratrice

MANUALE

DATI LAVORATRICE

Codice Fiscale:	<input type="text"/>
Dati Anagrafici	
Cognome:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>
Stato di nascita:	<input type="text"/>
Dati Residenza o domicilio abituale	
Provincia:	<input type="text"/>
Comune:	<input type="text"/>
Cap:	<input type="text"/>
Frazione:	<input type="text"/>
Indirizzo:	<input type="text" value="DAN, 5"/>

Visto ed accertato lo stato di gravidanza.

INDIETRO

CERTIFICATO DI GRAVIDANZA

CERTIFICATO DI INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

Servizi Online

- Dati Medico
- Acquisizione Certificato
- Consultazione
- Annullamento
- Uscita

Contatti
Per segnalare malfunzionamenti e anomalie del servizio rivolgersi a:
Contact center 803164

Acquisizione Certificato - Certificato di gravidanza **MANUALE**

DATI LAVORATRICE

Cognome e Nome: Codice Fiscale:

DATI CERTIFICATO

Settimana di gestazione:*¹

Data presunta del parto:* / /

Data visita:* / / 10 / 05 / 2017

INDIETRO AVANTI

(*)I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.
(¹)Valori ammessi nell'intervallo 1-45