

Attestato di Malattia in sede di dimissione**Copia cartacea per il datore di lavoro**

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 432562028

Data dimissione 23/12/2025

Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome MOLINARI FILIPPO

Cod.Reg. 030

ATS/ASST 324

Opera nel ruolo di: ☒ Medico SSN ☐ Libero professionista**DATI PROGNOSI**

Data di inizio ricovero 21/12/2025

Viene assegnata una prognosi clinica a tutto il 29/12/2025

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di ricovero ☐Trattasi di ☒ Inizio ☐ Continuazione ☐ RicadutaLa malattia è dovuta ad evento traumatico ☐Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐**DATI DEL LAVORATORE****ANAGRAFICI**

Cognome: GAGLIARDI

Nome: MAURO FRANCESCO

C.F.
GGLMFR69A31F2050

Nato/a il: 31/01/1969

a (Comune o stato estero): MILANO

Provincia: MI

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE

In via/piazza VIA FLLI CERVI INT

n. 821

Comune MILANO

CAP 20121

Provincia MI

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio) GAGLIARDI

In via/piazza RES FONTANA

n. 821

Comune SEGRATE

CAP 20054

Provincia MI

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009