

Attestato di malattia telematico	Copia cartacea per il datore di lavoro
----------------------------------	--

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 431917056	Data visita 17/12/2025
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)	

DATI DEL MEDICO		
Cognome e nome SENATORE STEFANO	Cod.Reg. 030	ATS/ASST 324
Opera nel ruolo di: <input checked="" type="checkbox"/> Medico SSN <input type="checkbox"/> Libero professionista		

DATI PROGNOSI	
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 17/12/2025 Viene assegnata una prognosi clinica a tutto il 22/12/2025	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>	
Trattasi di <input checked="" type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Continuazione <input type="checkbox"/> Ricaduta	
Visita <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input checked="" type="checkbox"/> Pronto soccorso	
La malattia è dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>	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		
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 RES FONTANA		n. 0
Comune SEGRATE	CAP 20054	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 via RES FONTANA		n. 0
Comune SEGRATE	CAP 20054	Provincia MI