

Attestato di malattia telematico

Copia cartacea per il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	426036669	Data visita	23/10/2025
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)			

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome	BALLARATI FERNANDO	Codice Regione	030	Codice ASL/AO	322	Codice struttura ricovero	
Opera nel ruolo di:	Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/>	Libero professionista <input type="checkbox"/>					

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal	23/10/2025	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	25/10/2025
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>			
Trattasi di:	Inizio <input checked="" type="checkbox"/>	Continuazione <input type="checkbox"/>	Ricaduta <input type="checkbox"/>
Visita:	Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/>	Domiciliare <input type="checkbox"/>	Pronto soccorso <input type="checkbox"/>
La malattia e' dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>	Malattia per la quale e' 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 invalidita' riconosciuta <input type="checkbox"/>		

DATI DEL LAVORATORE

<i>ANAGRAFICI</i>					
Cognome	SEMENZATO	Nome	STEFANIA	C.F.	SMNSFN81P54L407G
Nato/a il	14/09/1981	a (Comune o Stato estero)	TREVISO	Provincia	TV

<i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i>					
In via/piazza	V. ALFONSO LAMARMORA, 20	n.			
Comune	BUSTO ARSIZIO	CAP	21052	Provincia	VA

<i>REPERIBILITA' 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	

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