

Medico:
Indirizzo:
Località:
Telefono: E-mail:

CERTIFICATO MEDICO



Il medico sottoscritto dichiara che:

1. Paziente:

- Signora
 Signor

Cognome: Nome:

Nato(a) il, domiciliato(a) a:

Attività professionale:

..... ore/settimana

2. Affezione / motivo:

- è infortunato(a) è affetto(a) da una malattia
 si tratta di una ricaduta
 gravidanza: data del parto prevista il

3. Capacità lavorativa:

Può continuare la sua attività professionale
su riserva di:

deve essere dispensato(a) dal lavoro.
L'incapacità al lavoro è del 100 %
 80 %
 50 %
%

Questa restrizione lavorativa è valida dal al incluso.

☞ Se la dispensa è parziale o rinnovata, vedere a tergo (rubrica 5).

4. Relazione con il lavoro: (indicazione secondo l'OLL 3. Rispondere con l'accordo del paziente.)

- L'affezione constatata è in relazione con il posto di lavoro?
 Certamente Eventualmente Probabilmente no No

Osservazioni:

Certificato rilasciato a il

Firma e timbro del medico (*obbligatori*):

⇒ Accordo del paziente (esclusivamente per il presente caso):

- Il paziente autorizza il medico a indicare se l'affezione è in relazione con il posto di lavoro?
 Sì No
- Se esiste una relazione con il lavoro, certa oppure eventuale, il paziente autorizza il medico a fornire precisazioni al datore di lavoro?
 Sì No Esclusivamente alla persona indicata

Firma del paziente:

⇒ Da riempire dal datore di lavoro

No di registrazione del documento:

Certificato ricevuto il Trasmesso da


Se l'affezione è in relazione con il posto di lavoro, informato il COSIC il:

Compilato il da (più compilazioni: vedere a tergo)

Certificato medico (seguito): dispense dal lavoro parziali e/o supplementari.

Paziente: Cognome: Nome: Caso no

5. Bilancio medico: iscrizioni successive del medico:

	Prossima consultazione:		Consultazione effettuata il:	Incapacità al lavoro fino alla prossima consultazione*:		Altre limitazioni delle attività professionali, osservazioni:	Firma del medico
	Data:	Ora:	Data:	%	A partire dal:		
1	Riporto da pag. 1:						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

* Nel caso in cui l'incapacità lavorativa è solo parziale, bisogna osservare l'orario di lavoro completo tranne nel caso in cui il medico dovesse prescrivere un altro orario per motivi medici. Indicare qui di seguito questo altro orario.

Corrisp. riga no:	Capacità lavorativa parziale	Firma del medico
 %, quindi ore al giorno al %.	
 %, quindi ore al giorno al %.	
 %, quindi ore al giorno al %.	

6. Assicurazioni (da compilare dal datore di lavoro se il certificato è trasmesso a un'assicurazione):

Scelta dei formulari:

	Ditta assicurata SUVA:	Unicamente ditta assicurata altrove
Malattia professionale ⇨	Dichiarazione di infortunio Suva e pagina 1 di questo formulario F41.004	Pagina 1 e 2 di questo formulario F41.004 e dichiarazione di infortunio dell'assicuratore
Infortunio professionale o non professionale ⇨	Dichiarazione di infortunio Suva + pagina 1 di questo formulario F41.004	Pagina 1 e 2 di questo formulario F41.004 e dichiarazione di infortunio dell'assicuratore
Altre malattie ⇨	Pagina 1 e 2 di questo formulario F41.004	Pag. 1 e 2 di questo formulario F41.004

Assicurazione: - Nome, agenzia:

- No del sinistro: no della polizza:

No AVS del (della) dipendente:

Nome e indirizzo del datore di lavoro: