Allegato F

E INP	CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA	PER L'INPS SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
	(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981) Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.	M N	9
	RISERVATO AL MEDICO	DIAGNOSI	
-	COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE NOICARE L. COGNOME DA NUBLE)		Ì
	PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL TURNO		
	TOPRO GORAD MESS AREA		2
	DATA RILASCIO CERTIFICATO LORGIO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA COD. NOSOLOGICO COD. NO		ر
2	NIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA	TIMORIO E FIRMA DEL MEDICO	-
lugão 200	RISERVATO ALL'INPS	THE REPORT OF THE PARTY OF THE	7
000 000	CONTROLLO CONTROLLO DATA AMBILATORIALE DOMICICIARE		
M - p. 20	SPCNSABLITA INFORTUNIO T.B.O ANOMALIA IL MEDICO		
ATO - HON	SERVATO AL LAVORATORE REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA NOMINATIVO INDICAT PRESSO L'ABITAZION (se diverso dai propi	E	
ELLO ST	(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA REPORTATI SUL RETHO) NUMBIZZO NUMBIZZ	N/	
A A	CAP COMUNE	PROV	4
QUADRO A	DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE FISCALE	SESSO Mar	
QUA	COGNOME (PER LE DONNE WAYCARE E COGNOME DA NUBILE)	NOME	-
	DATA NASCITA COMUNE NASCITA	PROV.	-
3219800)	GCAMO O STATO ESTERO	Segue sul retro	-
Mod OPWZ	ATTESTATO DI MALATTIA (art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 .L. 155/1981) Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio. RISERVATO AL MEDICO	8.0	
	COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NURRE)		j
			,
1	PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL TURNO MESSE APPIG		J
	DATA HILASCIO CERTIFICATO DATA HILASCIO CERTIFICATO		3
	INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA		AL
2000 S000		of a month of the second of th	إ
00.00	ISERVATO AL DATORE DI LAVORO		
d .	TA OI REGUZIONE O PHILIBENTAZIONE DEL CENTIFICATO		١
D-ROM	SERVATO AL LAVORATORE NOMINATIVO INDICAT REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (se diverso dal propri		5
ILO STAT	REPERIBILITA DURANTE LA MALATTIA (se diverso dal propri pam DA NOCARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDEIZA)	N: N: /	
A A	CAP COMUNE	PROV. 28	H
DRO	DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE PISCALE	SESSO MOF	
QUADRO	COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)	NOME	
OUADRO A QUADRO A	DATA NASGITA COMUNE	PROV.	1
(19806)	DATA NASCITA OCOMUNE OCOMUNE	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	100