

Mod. OPIA1 INPS CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ 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 all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.

PER L'INPS SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. _____

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA COD. NOSOLOGICO

TIEMPO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO ALL'INPS

CONTROLLO AMBULATORIALE CONTROLLO DOMICILIARE DATA

RESPONSABILITÀ TERZO INFORTUNIO MAL. PROF. T.B.C. ANOMALIA IL MEDICO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, NUMERO, CAP) N. _____ / _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

QUADRO A DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE FISCALE _____ SESSO MoF

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO COMUNE NASCITA O STATO ESTERO PROV. _____

Segue sul retro

12118000 ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

Mod. OPIA2 INPS 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.

PER IL DATORE DI LAVORO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. _____

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, NUMERO, CAP) N. _____ / _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

QUADRO A DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE FISCALE _____ SESSO MoF

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO COMUNE NASCITA O STATO ESTERO PROV. _____

12118000 ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000