

**Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per  
il datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **382930727** Data visita **03/06/2024**

<b>DATI DEL MEDICO</b>	Codice Regione <b>080</b>	Codice ASL/AO <b>106</b>	Codice struttura ricovero
Cognome e nome <b>D'ERRICO ANGELICA</b>			
Opera nel ruolo di: Medico SSN	<input checked="" type="checkbox"/>	Libero professionista	<input type="checkbox"/>

**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **03/06/2024** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **05/06/2024**Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita 

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 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 <b>PELLEGRINO</b>	Nome <b>ANGELA</b>	C.F. <b>PLLNGL72E48C351S</b>
Nato/a il <b>08/05/1972</b> a <i>(Comune o Stato estero)</i>	<b>CATANIA</b>	Provincia <b>CT</b>

*RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE* (*dati dichiarati dal lavoratore*)

In via/piazza <b>Gioberti</b>	n. <b>2</b>
Comune <b>IMOLA</b>	Provincia <b>BO</b>
	CAP <b>40026</b>

*REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA* (*dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra*)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)

In via/piazza	n.
Comune	Provincia
	CAP

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

Ristampato il 04/06/2024 alle ore 08:22:28