

Spettabile
Ospedale e CpA Malcantonese
6980 Castelrotto

Cognome, nome _____

Data di nascita _____

Attività lavorativa (funzione) _____

Percentuale d'impiego _____

Il paziente è inabile al lavoro al _____ % della sua percentuale d'impiego

a partire dal _____ fino al _____

in seguito a: malattia infortunio professionale infortunio non professionale

In caso di incapacità parziale, specificare se si tratta di:

- rendimento ridotto sull'orario normale di lavoro
- riduzione orario lavorativo giornaliero
- riduzione orario lavorativo settimanale

Eventuali precisazione su limitazioni funzionali: _____

Durata presumibile dell'assenza: _____

Circostanze specifiche

Il/la paziente:

- è impossibilitato/a ad usufruire delle vacanze per necessità di terapia o limitazioni negli spostamenti
- è autorizzato/a ad uscire di casa per recarsi dal medico e o seguire una terapia
- è autorizzato/a ad uscire di casa durante il giorno
- necessita di un'ulteriore visita medica in data _____

In fede.

Data

Timbro e firma del medico